

Consent for Use and Release of Information

I authorize the release of my healthcare information for purposes of communicating results, findings and care decisions to my family members and other responsible for my care or designated by me. I will provide those individuals with a password or other verification means as specified by the Hospital.

I (as the parent or guardian, spouse, guarantor, agent of the patient) permit the Hospital and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release the healthcare information for purposes treatment, payment or healthcare operations. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. I also permit the Hospital to release my healthcare information to my employer, _____ or employer's designee when the services delivered are related to a work-related injury. If the patient is covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carrier for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurses' notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports and discharge summary. This consent specifically includes information concerning drug-related conditions, alcoholism, psychological conditions, psychiatric conditions and/or infectious diseases including, but not limited to blood-borne diseases, such as Hepatitis, Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). I acknowledge and authorize that data from my patient records will be accessible to all health care providers participating in my care or treatment, including, without limitation, physicians, nurses, and other health care workers at the Hospital, home health agencies, ambulance companies, and/or such other health care agencies involved in my care during and after transfer or discharge from the Hospital.

I acknowledge that my medical records will be utilized in the Hospital's (and the Hospital's affiliates') utilization review, performance improvement, peer review and other similar processes or studies. I also acknowledge that my medical records will also be made available to governmental agencies or authorities to the extent authorized or required by law. Information contained in my medical records may be extracted or compiled for research purposes and the aggregated results (without individually identifying me) may be released to the public.

I acknowledge that patient medical records at the Hospital may be stored electronically and made available through computer networks to Hospital personnel and physicians involved in my care and their offices. I also acknowledged that should I be treated at another facility in the area affiliated with Hospital, my medical records may be made electronically available to the other facility and physicians involved in my care and their offices. This will assist my physician and other caregivers in reviewing past treatment as it may affect my condition and treatment at that time. Facilities, which are not affiliated with the Hospital, and affiliated facilities, which do not have computerized medical records, will not be able to provide this service.

I authorize the release Hospital or its authorized representative to contact me by telephone after my discharge by surveyors of the Gallup organization or a similar organization on the Hospital's behalf conducting patient satisfaction surveys and other studies.

I authorize the release of my social security number in accordance with federal law and regulations to the manufacturer of any medical device that I may receive.

I authorize that my religious preference may be released to local religious organization(s) if requested by me.

Date	I hereby certify that I have read, and fully and completely understand this Authorization for Release of Information/Healthcare Information, and that I have signed this Authorization Release of Information/Healthcare Information knowingly, freely, and voluntarily.
Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	
<input type="checkbox"/> Patient is medically unable to sign the Consent for Use and Release of Information <input type="checkbox"/> Patient Refused to Sign	
Patient/Parent/Guardian X	If other than patient, indicate relationship X
Spouse (if Married/Available) X	Witness (to Signature only) X

CONSENT FOR USE AND RELEASE OF INFORMATION

REV 01/19/06 EADMFO004

Clear Lake Regional Medical Center
500 Medical Center Boulevard Webster, TX 77598

Clear Lake Regional Medical Center

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION

Por el presente autorizo la revelación de información sobre mi atención médica para propósitos de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de atención a los miembros de mi familia y otras personas responsables de mi atención o designadas por mí, proporcionándoles una contraseña u otro medio de verificación de acuerdo con lo que especifique el Hospital.

Yo (en mi calidad de padre o tutor, cónyuge, aval, representante del paciente) le permito a el hospital y los medicos, o otros profesionales de salud participando en el cuidado como paciente hospitalizado, o paciente externo, la entrega de informacion sobre este cuidado para las intenciones relacionadas a el tratamiento, el pago, o las funciones administrativas de salud. Informacion sobre el cuidado como paciente puede ser entregada a cualquier persona, o entidad responsable por pagar en nombre del paciente y asi poder verificar cobertura o hacer preguntas sobre el pago, o otra funcion relacionada a el pago del beneficio. También permito al Hospital que revele la información sobre mi atención médica a mi patrón (nombre del patrón) _____ o la persona que designe cuando los servicios prestados se lleven a cabo debido a una lesión relacionada con el trabajo. Si el paciente está amparado por Medicare o Medicaid, autorizo la revelación de la información sobre mi atención médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o a las compañías aseguradoras por el pago de una reclamación de Medicare o la agencia estatal adecuada a cargo del pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, los antecedentes y registros de exploraciones físicas, registros del departamento de urgencias, informes de laboratorio, informes operativos, notas de avance de los médicos, notas del personal de enfermería, interconsultas, informes psicológicos y/ o psiquiátricos así como resúmenes de egreso. El consentimiento incluye específicamente información referente a los padecimientos relacionados a drogas, alcoholismo, psicológicos, psiquiátricos y/ o enfermedades infecciosas que incluyen, pero no se limitan a, enfermedades transmitidas por la sangre tales como Hepatitis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Reconozco y doy mi autorización para que los datos de mi expediente como paciente queden al alcance de todos los proveedores de servicios de salud que participen en mi atención o tratamiento, incluyendo, sin limitarse a médicos, personal de enfermería y otros trabajadores de la salud del Hospital, agencias de atención médica en casa, compañías de ambulancias y/ o agencias de servicios de salud implicados en mi atención durante y después de la transferencia o egreso del Hospital.

Reconozco que se debe utilizar mi expediente médico en las revisiones de utilización del Hospital (y las afiliaciones del Hospital), en la mejora de desempeño, la revisión de colegas y otros procesos o estudios similares. También reconozco que mi expediente médico se pondrá a disposición de las organizaciones o autoridades gubernamentales en la medida en que la ley lo autorice o requiera. La información contenida en mi expediente médico puede tomarse o recabarse para propósitos de investigación y los resultados agregados (sin identificarme individualmente) pueden publicarse.

Reconozco que en el Hospital pueden almacenarse en medios electrónicos los expedientes médicos de los pacientes poniendo dicha información a disposición del personal y médicos del Hospital implicados en mi atención así como de los consultorios de tales médicos, a través de las diversas redes de cómputo. También reconozco que, de recibir tratamiento en otra unidad en el área que esté afiliada al Hospital, mi expediente médico quedará a disposición de tal unidad y los médicos implicados en mi atención así como de los consultorios de tales médicos, por vía electrónica, lo cual ayudará a mi médico y otros proveedores de servicios de salud en la revisión de tratamientos anteriores ya que podrían afectar mi padecimiento y tratamiento en ese momento. Las unidades que no estén afiliadas al Hospital y las unidades afiliadas que no cuentan con registros médicos electrónicos no podrán ofrecer este servicio.

Por el presente autorizo al Hospital o su representante autorizado, o a los encuestadores de la organización Gallup u otras similares, para que se comuniquen conmigo por vía telefónica después de mi egreso al llevar a cabo encuestas sobre satisfacción de los pacientes y otros estudios.

Por el presente, autorizo la revelación de mi preferencia religiosa a la o las organizaciones religiosas locales, si así lo solicito.

Fecha	<i>Por el presente, el que suscribe certifica haber leído y comprendido plena y totalmente esta Autorización para la Revelación de Información/Información Sobre Atención Médica y haber firmado dicha Autorización con conocimiento de causa, libre y voluntariamente.</i>	
Hora	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> El paciente no tiene la capacidad, desde el punto de vista médico, para firmar el <i>Autorización para la Revelación de Información</i> <input type="checkbox"/> El paciente se rehusó a firmar
Paciente/Padre/Tutor	X	En caso de ser una persona distinta al paciente, favor de indicar su relación con el paciente X
Cónyuge (si está casado/disponible)	X	Testigo (sólo de la firma) X

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION (CONSENT FOR USE AND RELEASE OF INFORMATION)

REV DATE: 01/19/06

Clear Lake Regional Medical Center
500 Medical Center Boulevard Webster, TX 77598

Clear Lake Regional Medical Center
EADMF3013