

Patient's Name/ Nombre: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ Acct.# _____
 Social Security #: _____ Previous Name/ Otro Nombre: _____
 Address/Dirección: _____ City/Cuidad: _____
 State/Estado: _____ Zip Code/ Código Postal: _____ Tel. Number/No.Telefono (_____) _____

I request and authorize to release healthcare information of the patient named above to:
Yo solicito y autorizo soltar la información de salud del paciente nombrado arriba a:

From:
"BRUCE M GORDON DO: 808 WOODROW WILSON RAY CIR, Bridgeport TX, Ph (469) 908-0400, Fax (469) 908-0401"
 808 Woodrow Wilson Ray Circle 4682 McDermott Road Suite 100
 Bridgeport, TX 76426 Plano, TX 75024
 Fax (469) 908-0401 Fax (469) 908-0401

Reipient:
 Name/Nombre: _____
 Address/Dirección: _____
 City/Cuidad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____
 Phone #/No. Telefono (_____) _____ Fax # (_____) _____

This request and authorization applies to the following/ Este pedido y autorización aplica a lo siguiente:

- All healthcare information (**Formal Health Record and Continuity of Care Documents in Athena**)/ Toda información sobre mi salud.
- A certain specific date / Cierta fecha en especificó: _____
- Other in specific/Otro en especificó: _____

For the following reasons: Continuity of Care Legal Other (explain) _____
Por las siguientes razones: Seguimiento de Salud Legales Otro (esplique) _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, chancroid, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Definición: Como está definido por ley, RCW 70.24 et seq., enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluye herpes, herpes simple, virus de papiloma humano (VPH), verrugas, verrugas genitales, condiloma, Clamidia, inflamación de uretritis, sífilis, cancroide, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y gonorrea

HIV, STD's, Behavior Health, or Drug and Alcohol Abuse/Treatment information contained within the dates of service I have specified above are to be released through this authorization unless specified below.

La información contenida en las fechas de servicio de VIH, ETS, tratamiento de salud mental, o drogas/ alcohol, serán liberados por esta autorización si no se especifica a continuación.

DO NOT RELEASE/ NO LIBERE: (Check all that Apply/ Anote lo que aplique)

- HIV/ STD's/ VIH /ETS Behavior Health/ Salud Mental Drug/Alcohol Drogas/Alcohol

Revocation: I understand that I may revoke this consent at any time and that the consent will automatically expire six (6) months from the date of my signature. I do not authorize further release to a third party. I understand that once information is released under this authorization the clinic, their employees and my provider(s) cannot prevent the re-disclosure of that information. I understand that I am entitled a copy of this authorization upon my request.

Revocación: Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo y que el consentimiento se vencerá automáticamente seis meses de la fecha de mi firma. Yo no autorizo la liberación adicional a tercera persona. Entiendo que una vez que la información se libera bajo esta autorización, bajo el dispensario y sus empleados y bajo mi proveedor(es) no pueden prevenir en soltar esta información. Yo entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización al pedir lo.

 Date/ Fecha Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian Authority/Relationship to Patient
 Firma del Paciente/Padre/ Conservador/ Guardián Autoridad/Relación al Paciente