

BASTROP MEDICAL CLINIC, P.A.
195 South Hasler Blvd, Suite B-1 Bastrop, TX 78602-3956
Phone: 512-308-1555 Fax: 512-308-1565

Authorization for Release of Medical Information
(Autorización para divulgar información médica)

I authorize (Clinic/Dr. Name) _____ Fax# _____,
City: _____ State: _____ to release my medical information to Bastrop Medical
Clinic, P.A. for the purpose of continued medical treatment. (Yo por este medio autorizo la
liberacion de mi informacion a Bastrop Medical Clinic, P.A. para conrinuacion de mi
tratamiento.)

Patient Name (Nombre del paciente): _____

Birthday (Fecha de nacimiento): ____ / ____ / ____

Please release the following (Por favor liberar lo siguiente):

_____ Problem List (Lista de Problemas) _____ X-rays Reports (Reportes de Rayos X)
_____ Last 5 progress notes (Notas de Progreso) _____ EKG's (electrocardiogramas)
_____ Immunizations (Vacunas) _____ Other (Otras) _____
_____ Lab reports (Reportes de Laboratorio)

Include Information (if applicable) about (Incluya infromacion{si aplica} sobre):

_____ Mental Health (Salud Mental) _____ Drug Abuse (Abuso de drogas y alcohol)
_____ HIV/AIDS (SIDA) _____ Communicable Disease (enfermedad Communicable)

I understand that release of my personal information is for the sole purpose described
above. Any other use of my information except, as outlined above, is strictly prohibited. I
understand I remain with the right to revoke the above consent, in writing, as I see fit, and
at any time. This consent form will expire in 90 days from the date of my signature unless
otherwise specified.

Yo entiendo que la liberacion de esta informacion es para el proposito especifico que se
menciona arriba. Cualquier otro uso de eta informacion sin el consentimiento por escrito
del patient es prohibido. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito)
en cualquier momento exepto hasta el punto de que la accion haya sido tomada en
dependencia sobre esta.

Signature of patient/legal representative
(Firma del Paciente/representante legal)

Date/Fecha

Patient Relationship (relacion con el paciente)

Witness (Testigo)