MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

PHIẾU ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

Vui lòng điền đầy đủ TOÀN BỘ biểu mẫu này và ký tên tại những chỗ được yêu cầu. Xin hãy mang theo thẻ bảo hiểm y tế đến quầy tiếp tân (nếu có)

Họ:_____ Tên:_____ MI:_____

Địa Chỉ:_____Thành Phố:_____Tiểu Bang:_____ Mã Zip:_____

Ngày Sinh:____/____/____ Tuổi:_____ Giới Tính:_____ Số An Sinh Xã Hội:_____-_____-_____

Tình Trạng Hôn Nhân:_____ ĐT Nhà:____-____-____ ĐT Di Động:____-____-____Địa Chỉ Email:_____

Dân Tộc (*khoanh tròn*): Không Phải Hispanic | Hispanic | Khác:_____ Chủng Tộc: _____

Ngôn Ngữ Thường Dùng: _____

Công Việc Hiện Tại:_____ Tên Nơi Làm Việc:_____

Địa Chỉ Nơi Làm Việc:_____

Bác Sĩ Điều Trị Chính: _____ Điện Thoại:_____-_____-_____

Bác Sĩ Giới Thiệu hoặc Bác Sĩ Chỉnh Hình:_____ Điện Thoại:_____-_____-_____

Hiệu Thuốc Ưa Thích:_____ Điện Thoại:_____-_____-_____

Người Liên Hệ Khẩn Cấp:_____ Điện Thoại:_____-_____-_____

Quan hệ với Bệnh Nhân:_____ Ngày Sinh:_____/_____/_____

Tên Công Ty Bảo Hiểm Chính:_____ Điện Thoại:_____-_____-_____

Số ID Bảo Hiểm:_____Số Nhóm:_____

Địa Chỉ:_____Thành Phố:_____Tiểu Bang:_____Mã Zip:_____

Tên Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm:_____Ngày Sinh:_____/_____/_____

Tên Công Ty Bảo Hiểm Thứ Cấp:_____Điện Thoại:_____-_____-_____

Số ID Bảo Hiểm:_____Số Nhóm:_____

Địa Chỉ:_____Thành Phố:_____Tiểu Bang:_____Mã Zip:_____

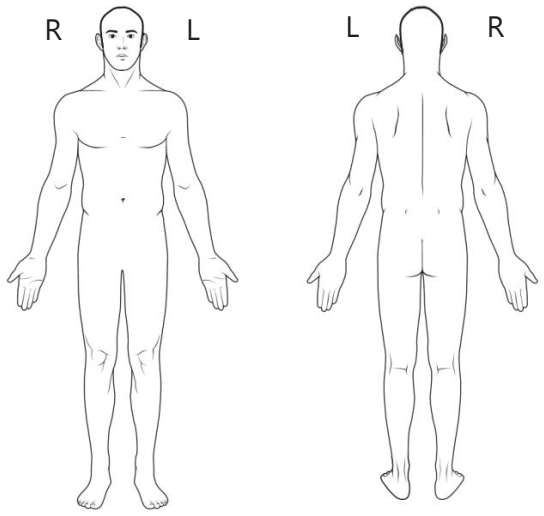
Tên Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm:_____Ngày Sinh:_____/_____/_____

Chữ Ký Của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ Ngày

MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

Biểu Mẫu Bệnh Nhân Mới

Lịch Sử Bệnh Hiện Tại



Vui lòng đánh dấu vị trí bạn thấy đau

Cơn đau của bạn bắt đầu từ lúc nào?_____

Bạn đang thấy đau ở đâu? (*khoanh tròn vị trí đau*): CỔ | LƯNG | CÁNH TAY | CHÂN | KHÁC:_____

Đánh giá mức độ đau hiện tại (*khoanh tròn*):

RẤT NẶNG | KHÁ NẶNG | VỪA PHẢI | NHẸ

Ngày xảy ra chấn thương (*nếu có*): ___/___/____

Nguyên nhân gây ra cơn đau ? (*khoanh tròn*):

TAI NẠN GIAO THÔNG | CHẤN THƯƠNG NGHỀ NGHIỆP | CHẤN THƯƠNG THỂ THAO | TRƯỢT HOẶC NGÃ | KHÁC:_____

Mô tả hoàn cảnh dẫn đến chấn thương (*nếu có)*: TÀI XẾ LÁI XE | HÀNH KHÁCH | TRƯỜNG HỢP KHÁC:_____

Tính chất cơn đau như thế nào (*khoanh tròn*): ĐAU ĐIỆN GIẬT | ĐAU NHÓI THEO NHỊP | ĐAU NHỨC | ĐAU BỎNG RÁT | ĐAU NHÓI ĐỘT NGỘT | ĐAU ÂM Ỉ | ĐAU CO THẮT | LOẠI ĐAU KHÁC:_____

Cơn đau có liên tục suốt ngày không? □ Có | □ Không

Hoạt động nào làm cơn đau trở nên tệ hơn? (*khoanh tròn tất cả trường hợp bạn có*): NGỒI | ĐỨNG | ĐI BỘ | CÚI NGƯỜI | HO VÀ HẮT HƠI | NẰM | HOẠT ĐỘNG KHÁC:_____

Hoạt động nào giúp giảm đau? (*khoanh tròn tất cả trường hợp bạn có*): NGHỈ NGƠI | CHƯỜM LẠNH/CHƯỜM NÓNG | KHÔNG CÓ | CÁCH KHÁC:_____

Bạn đã từng điều trị với Bác Sĩ Chỉnh Hình hoặc Vật Lý Trị Liệu chưa? □ Rồi | □ Chưa Khi nào? _____ Với ai? _____

Bạn đã từng điều trị với Bác Sĩ Chuyên Khoa Giảm Đau chưa? □ Rồi | □ Chưa Khi nào? _____ Với ai? _____

DANH SÁCH CÁC LOẠI THUỐC ĐÃ DÙNG

Liệt kê tất cả thuốc đã thử để điều trị cơn đau:		
1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

CÁC LOẠI DỊ ỨNG

Liệt kê tất cả các chất gây dị ứng mà bạn đã biết:		
1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

_____ **KÝ TẮT TÊN**

MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

LỊCH SỬ CÁC CA PHẪU THUẬT ĐÃ QUA

Liệt kê tất cả ca phẫu thuật từng trải qua	Ngày
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

LỊCH SỬ CÁC BỆNH ĐÃ MẮC

Vui lòng liệt kê tất cả những tình trạng BỆNH ĐÃ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN:

_____
_____
_____
_____

TIỀN SỬ BỆNH TRONG GIA ĐÌNH Đánh dấu vào những chẩn đoán có trong gia đình của bạn.

☐ Đánh dấu ***vào dòng này*** nếu gia đình không có tiền sử bệnh tật đáng kể.
☐ Bệnh tiểu đường
☐ Bệnh ung thư
☐ Bệnh cao huyết áp

TÌNH TRẠNG XÃ HỘI CÁ NHÂN

Bạn có khả năng có thai không? **CÓ / KHÔNG**

Nếu có, hiện tại bạn có đang mang thai không? **CÓ / KHÔNG**

Khoanh tròn vào tất cả các mục đúng với tình trạng của bạn.

UỐNG RƯỢU	**HÚT THUỐC LÁ**	**CHẤT CẤM**
Hiện đang bị nghiện rượu	Hiện tại vẫn hút thuốc	Không sử dụng bất kỳ chất cấm nào
Trước đây từng bị nghiện rượu	Trước đây có hút thuốc	Hiện đang sử dụng chất cấm
Chỉ uống rượu trong các dịp xã hội	Chưa bao giờ hút thuốc	
Hoàn toàn không uống rượu	Nhai thuốc lá	
Uống rượu hàng ngày nhưng có giới hạn	Hút thuốc lá điện tử/Vape	

LỊCH SỬ NHẬP VIỆN
Vui lòng liệt kê những lần nhập viện gần đây:

Tháng/Năm	Lý Do	Bệnh Viện

_____ **KÝ TẮT TÊN**

MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

CAM KẾT ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ:Tôi đồng ý nhận phương thức chăm sóc sức khỏe do Minivasive Pain & Orthopedics (viết tắt là MPO) cung cấp. Tôi hiểu rõ rằng tôi có thể sẽ đặt ra những điều kiện hoặc giới hạn nhất định đối với phương pháp điều trị dành cho tôi, và nếu muốn đề ra những điều kiện như vậy, tôi sẽ được trao cơ hội để ghi lại chúng trong một văn bản riêng biệt. Tôi đã được thông báo và thừa nhận rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho MPO. Tôi đang tự nguyện đồng ý với liệu pháp chăm sóc sức khỏe này, và do đó tôi biết rằng mình đang tự nguyện và có ý thức tham gia vào Cam kết Đồng ý Chăm sóc Sức khỏe này để được điều trị. MPO chỉ là phòng khám chuyên về can thiệp quản lý cơn đau. MPO khuyến khích tất cả bệnh nhân nên tìm đến bác sĩ gia đình để có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản.

CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM:
Tôi đồng ý chuyển nhượng không thể hủy ngang cho Minivasive Pain & Orthopedics ("MPO") mọi quyền lợi, lợi ích và quyền hạn, bao gồmquyền khẳng định quyền cầm cố hoặc đưa ra căn cứ kiện tụng, theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào, chương trình phúc lợi, chương trình bồi thường, chương trình y tế trả trước, hợp đồng trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba, hoặc từ bất kỳ đơn vị thanh toán nào khác cung cấpquyền lợi thay mặt tôi, tương ứng với mức độ các dịch vụ và hàng hóa mà MPO cung cấp cho tôi. Theo thỏa thuận chuyển nhượng này, MPO sẽ có quyền độc lập, không độc quyền để kháng cáo hoặc theo đuổi bất kỳ yêu cầu bồi thường bị từ chối hoặc trì hoãn nào thay mặtcho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng. Thỏa thuận chuyển nhượng này không phải là và sẽ không được hiểu là nghĩa vụ của MPO trong việc theo đuổi những lợi ích và quyền hạn như vậy. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi, với tư cách là bệnh nhânhoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân, đang chỉ đạo bất kỳ nhà cung cấp bảo hiểm y tế có thẩm quyền, chương trình phúc lợi sức khỏe, chương trình bồi thường, công ty tái bảo hiểm, công ty bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba hoặc đơn vị thanh toán khác nào cung cấp quyền lợi thay mặt tôi hãy thanh toán trực tiếp cho MPO về các dịch vụ và hàng hóa mà MPO cung cấp cho tôi.
Tôi hiểu rằng nếu bảo hiểm từ chối chi trả hoặc thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi, thì tôi sẽ chịu trách nhiệm về mặt tài chính đối với tất cả các khoản phí.

NẾU THUỘC DIỆN MEDICARE hoặc các chương trình chính phủ tương tự khác xác định rằng tôi không đủ điều kiện được chi trả hoặc phương pháp điều trị không được bao trả, thì tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán, trừ khi pháp luật cấm điều này.

NẾU KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, BẢO HIỂM BÊN THỨ BA, hoặc TAI NẠN XE CỘ thì bạn sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí liên quan đến việc chăm sóc của mình. Chúng tôi có thể nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đến các bên thứ ba hoặc các nhà cung cấp bảo hiểm thay mặt bạn. bạn sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các khoản phí cũng như thanh toán các nhà cung cấp thích hợp theo ý muốn của bạn.

XÁC NHẬN VỀ CÁC CHÍNH SÁCH BẢO MẬT/ HIPAA:Tôi đã được đề nghị nhận một bản sao của Thông báo về Thực hành Bảo mật. Thông báo này mô tả cách thức thông tin sức khỏe của tôi có thể được sử dụng hoặc tiết lộ. Tôi hiểu rằng mình nên đọc kỹ thông báo này.Tôi biết rằng thông báo có thể được thay đổi bất cứ lúc nào và tôi có quyền yêu cầu các bản sao mới tại bất kỳ địa điểm MPO nào trong giờ làm việc thường quy.

TIẾT LỘ LỢI ÍCH TÀI CHÍNH CỦA BÁC SĨ: Luật bang Texas yêu cầu bác sĩ của bạn phải tiết lộ cho bạn bất kỳ lợi ích tài chính nào mà bác sĩ có thể có trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe khác mà bạn có thể được giới thiệu đến, để bạn có thể giải quyết bất kỳ mối quan tâm nào mà mình có thể cótrực tiếp với bác sĩ của mình. Bác sĩ giới thiệu của bạn là nhà thầu và/hoặc chủ sở hữu của Minivasive Pain & Orthopedics ("Tập đoàn"). Các bác sĩ thành viên của Tập đoàn KHÔNG phải là chủ sở hữu của bất kỳ Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú, Bệnh viện,
Phòng xét nghiệm, hoặc cơ sở Chẩn đoán hình ảnh nào mà bạn đã được giới thiệu đến để nhận các dịch vụ điều trị và/hoặc chẩn đoán. Bằng cách ký tên dưới đây, bạn xác nhận đã nhận được Thông báo Tiết lộ Lợi ích Tài chính của Bác sĩ này.

[ ] CHẤP NHẬN [ ] TỪ CHỐI _____ **CHỮ KÝ TẮT CỦA BỆNH NHÂN**

Bằng chữ ký dưới đây, tôi xác nhận đã nhận được tài liệu này và đồng ý với các điều khoản trong tất cả các phần của tài liệu này. Thỏa thuận Đồng ý Điều trị, Chuyển nhượng Quyền lợi và Trách nhiệm Tài chính, Tiết lộ Lợi ích Tài chính của Bác sĩ, và nhận Chính sách Bảo mật/ HIPAA.
Bản photocopy của thỏa thuận chuyển nhượng này sẽ được coi là có giá trị tương đương bản gốc. Tôi đã đọc và hiểu đầy đủ thỏa thuận này

Chữ Ký của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ Ngày

Mối quan hệ với Bệnh Nhân nếu được ký bởi người khác ngoài Bệnh Nhân

MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

Chính Sách HIPAA

Theo luật pháp bang Texas và theo chính sách HIPAA, phòng khám của chúng tôi không được phép tiết lộ bất kỳ thông tin nào về bạn mà không có sự cho phép của bạn. Xin vui lòng liệt kê bất kỳ cá nhân nào mà bạn cho phép nhận hoặc đến lấy bất kỳ đơn thuốc nào được bác sĩ kê. Xin vui lòng liệt kê bất kỳ cá nhân nào mà bạn cho phép nhận thông tin liên quan đến bạn với tư cách là một bệnh nhân tại phòng khám của chúng tôi.

Tên:_____ Ngày Sinh:_____/_____/_____

Điện Thoại: _____-_____-_____ Email:_____

Quan Hệ:_____

Tên:_____ Ngày Sinh:_____/_____/_____

Điện Thoại: _____-_____-_____ Email:_____
Quan Hệ:_____

ĐÁNH DẤU VÀO TẤT CẢ MỤC PHÙ HỢP

Điện Thoại

☐ Đồng ý để lại tin nhắn thoại có thông tin chi tiết
☐ Chỉ để lại tin nhắn thoại với số điện thoại gọi lại

☐ Email

☐ Đồng ý gửi email có thông tin chi tiết

Tôi thừa nhận rằng giấy ủy quyền này sẽ có hiệu lực trong thời gian lên đến một (1) năm kể từ ngày ký, trừ khi tôi chọn cách thu hồi sớm hơn bằng cách nộp đơn yêu cầu bằng văn bản cho Minivasive Pain & Orthopedics.

Chữ Ký của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ Ngày

MINIVASIVE
PAIN & ORTHOPEDICS
www.MinivasivePain.com

Thỏa Thuận Trì Hoãn Thanh Toán

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: *Minivasive Pain & Orthopedics, PLLC*

Nếu bạn có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đang chờ xử lý mà cần phải được giải quyết trước khi có khả năng thanh toán chi phí cho các dịch vụ do phòng khám hoặc cơ sở của chúng tôi cung cấp, chúng tôi đồng ý tạm thời trì hoãn các biện pháp thu hồi công nợ. Để được xem xét việc trì hoãn như vậy, bạn thể hiện sự đồng ý một cách rõ ràng như sau:

Bạn nhân đồng ý tạm dừng và đình chỉ mọi quy định về thời hiệu khởi kiện có thể áp dụng theo luật bang Texas. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở các quy định trong Bộ luật Thực hành Dân sự và Biện pháp Khắc phục của Texas § 16.004(a)(3) (quy định về thời hạn bốn năm đối với các vụ kiện đòi nợ). Thời gian tạm dừng này sẽ có hiệu lực trong suốt quá trình yêu cầu bảo hiểm của bạn chưa được giải quyết xong, tính từ ngày được cung cấp dịch vụ y tế. Thời gian tạm dừng sẽ chấm dứt sau ba mươi (30) ngày kể từ khi yêu cầu bảo hiểm của bạn được giải quyết hoàn tất, bất kể bằng hình thức thỏa thuận, phán quyết của tòa án, hay bất kỳ quyết định cuối cùng nào khác.

Bạn đồng ý sẽ thông báo kịp thời cho luật sư của mình (nếu có) về số tiền còn nợ với phòng khám hoặc cơ sở của chúng tôi. Bạn cũng đồng ý chỉ đạo luật sư của mình tạm giữ trong hình thức ủy thác xây dựng (constructive trust - một hình thức giữ tiền theo pháp luật) toàn bộ số tiền thu được từ việc giải quyết yêu cầu bảo hiểm, với số tiền đủ để thanh toán các khoản nợ y tế mà bạn còn thiếu với chúng tôi. Bạn cũng cho phép chúng tôi được liên lạc trực tiếp với luật sư của bạn về tình trạng số dư tài khoản. Tuy nhiên, không có điều khoản nào trong thỏa thuận này sẽ hạn chế quyền của chúng tôi trong việc sử dụng các biện pháp pháp lý cần thiết trong trường hợp bạn không tuân thủ các cam kết đã ký.

Chữ Ký của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ Ngày

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001 must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. **Covered entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.** Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

Last First Middle

OTHER NAME(S) USED _____

DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____

ADDRESS _____

_____

CITY _____ **STATE** _____ **ZIP** _____

PHONE (____) _____ **ALT. PHONE** (____) _____

EMAIL ADDRESS (Optional): _____

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____) _____ Fax (____) _____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____) _____ Fax (____) _____

REASON FOR DISCLOSURE
(Choose only one option below)

- ☐ Treatment/Continuing Medical Care
- ☐ Personal Use
- ☐ Billing or Claims
- ☐ Insurance
- ☐ Legal Purposes
- ☐ Disability Determination
- ☐ School
- ☐ Employment
- ☐ Other _____

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- ☐ **All health information**
- ☐ Physician's Orders
- ☐ Progress Notes
- ☐ Pathology Reports
- ☐ History/Physical Exam
- ☐ Patient Allergies
- ☐ Discharge Summary
- ☐ Billing Information
- ☐ Past/Present Medications
- ☐ Operation Reports
- ☐ Diagnostic Test Reports
- ☐ Radiology Reports & Images
- ☐ Lab Results
- ☐ Consultation Reports
- ☐ EKG/Cardiology Reports
- ☐ Other _____

Your initials are required to release the following information:

_____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)
_____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records
_____ Genetic Information (including Genetic Test Results)
_____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE X _____ _____
Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative **DATE**

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____
If representative, specify relationship to the individual: ☐ Parent of minor ☐ Guardian ☐ Other _____

A minor individual's signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

SIGNATURE X _____ _____
Signature of Minor Individual **DATE**

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

The Attorney General of Texas has adopted a standard Authorization to Disclose Protected Health Information in accordance with Texas Health & Safety Code § 181.154(d). This form is intended for use in complying with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act and Privacy Standards (HIPAA) and the Texas Medical Privacy Act (Texas Health & Safety Code, Chapter 181). **Covered Entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.**

Covered entities, as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001, must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, and 164.508).

The authorization provided by use of the form means that the organization, entity or person authorized can disclose, communicate, or send the named individual's protected health information to the organization, entity or person identified on the form, including through the use of any electronic means.

Definitions - In the form, the terms "treatment," "healthcare operations," "psychotherapy notes," and "protected health information" are as defined in HIPAA (45 CFR 164.501). "Legally authorized representative" as used in the form includes any person authorized to act on behalf of another individual. (Tex. Occ. Code § 151.002(6); Tex. Health & Safety Code §§ 166.164, 241.151; and Tex. Probate Code § 3(aa)).

Health Information to be Released - If "All Health Information" is selected for release, health information includes, but is not limited to, all records and other information regarding health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care, and also educational records that may contain health information. As indicated on the form, specific authorization is required for the release of information about certain sensitive conditions, including:

- Mental health records (excluding "psychotherapy notes" as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501).
- Drug, alcohol, or substance abuse records.
- Records or tests relating to HIV/AIDS.
- Genetic (inherited) diseases or tests (except as may be prohibited by 45 C.F.R. § 164.502).

Note on Release of Health Records - This form is not required for the permissible disclosure of an individual's protected health information to the individual or the individual's legally authorized representative. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Tex. Health & Safety Code § 181.102). If requesting a copy of the individual's health records with this form, state and federal law allows such access, unless such access is determined by the physician or mental health provider to be harmful to the individual's physical, mental or emotional health. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.102, 611.0045(b); Tex. Occ. Code § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). If a healthcare provider is specified in the "Who Can Receive and Use The Health Information" section of this form, then permission to receive protected health information also includes physicians, other health care providers (such as nurses and medical staff) who are involved in the individual's medical care at that entity's facility or that person's office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purposes permitted by law for that specified covered entity or person. If a covered entity other than a healthcare provider is specified, then permission to receive protected health information also includes that organization's staff or agents and subcontractors who carry out activities and purposes permitted by this form for that organization. Individuals may be entitled to restrict certain disclosures of protected health information related to services paid for in full by the individual (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Authorizations for Sale or Marketing Purposes - If this authorization is being made for sale or marketing purposes and the covered entity will receive direct or indirect remuneration from a third party in connection with the use or disclosure of the individual's information for marketing, the authorization must clearly indicate to the individual that such remuneration is involved. (Tex. Health & Safety Code §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitations of this form - This authorization form shall not be used for the disclosure of any health information as it relates to: (1) health benefits plan enrollment and/or related enrollment determinations (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii); (2) psychotherapy notes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii); or for research purposes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **Use of this form does not exempt any entity from compliance with applicable federal or state laws or regulations regarding access, use or disclosure of health information or other sensitive personal information (e.g., 42 CFR Part 2, restricting use of information pertaining to drug/alcohol abuse and treatment), and does not entitle an entity or its employees, agents or assigns to any limitation of liability for acts or omissions in connection with the access, use, or disclosure of health information obtained through use of the form.**

Charges - Some covered entities may charge a retrieval/processing fee and for copies of medical records. (Tex. Health & Safety Code § 241.154).

Right to Receive Copy - The individual and/or the individual's legally authorized representative has a right to receive a copy of this authorization.