

	Release of Information		Patient Name (Last, First, MI):	
			Date of Birth:	Status: <input checked="" type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Juvenile

I Authorize / Autorizo:		To Release Information To / A divulgar Información a:	
Name of organization or individual / Nombre Lubbock County Detention Center Health Services Fax 806-775-7118		Name of organization or individual / Nombre Lubbock Private Defenders' Office	
Address / Dirección 3502 N. Holly Lubbock, Texas 79403 P.O. B0x 10536 Lubbock, Texas 79408		Address / Dirección 1401 Crickets Ave., Lubbock Tx, 79401	

- 1 This authorization includes records relating to the following (please check) / La presente autorización comprende los registros relacionados con lo que se detalla a continuación (por favor, marque la opción correcta):
- All remaining records / Otros registros restantes Specify / _____
 Mental health treatment / Tratamiento de salud mental Especificar
 Chemical dependency treatment / Tratamiento de drogadicción o alcoholismo
 HIV or AIDS related tests and treatment / Tratamiento o pruebas de SIDA o VIH
- 2 Purpose for disclosure (this line must be completed) / Propósito de la divulgación (se debe completar este renglón): _____
to assist in the individual's legal defense and to provide continuity of care after release
3. Indicate dates of interest / Indique las fechas importantes. _____
If no date-range is provided, release will cover the previous year only / Si no se indica el periodo de divulgación, la misma tendrá lugar sólo por el término del año anterior.
4. I understand that I may revoke this authorization at any time by providing written notice, except to the extent that release of information has already occurred in reliance upon it.
4. Comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento siempre que notifique mi decisión por escrito, salvo que la divulgación de mi información se haya efectuado dependiendo de dicha autorización.
5. I understand that under Federal Law (42CFR Part 2) records relating to treatment for chemical dependency cannot be released without my specific authorization as indicated under "1."
5. Comprendo que conforme a la Ley Federal (42CFR – Código de Normativa Federal – Parte 2) los registros relacionados con el tratamiento para el alcoholismo o drogadicción no pueden divulgarse sin mi previa autorización específica tal como indica el punto "1."
6. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.
6. Entiendo que la información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no estar protegida bajo ley federal o estatal
7. I understand that I will receive treatment even if I refuse to provide approval, but also understand that refusing to authorize information may affect the nature of the treatment provided.
7. Comprendo que recibiré tratamiento incluso si me niego a otorgar mi aprobación; pero, asimismo comprendo que rehusarme a autorizar la divulgación de mi información puede afectar la naturaleza del tratamiento que se me proporcione.
8. I agree to hold harmless all persons acting upon this authorization in good faith.
8. Acepto eximir de responsabilidad a todas las personas que actúen con buena fe bajo la presente autorización.
9. It is my intention that a photocopy will be as valid as this original.
9. Manifiesto que una fotocopia tendrá el mismo valor que su copia original.
- 10. This authorization shall be valid for one year from the date of my signature.**
- 10. La presente autorización tendrá validez por el plazo de un año a partir de la fecha de mi firma.**

Patient or authorized signature / Firma del paciente o persona autorizada	Date / Fecha
If other than patient signature, relationship to patient / Si no es la firma del paciente, indicar relación con el paciente	Date / Fecha
Witness signature / Firma del testigo	Date / Fecha