



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA SOLICITAR LOS REGISTROS DE UN PROVEEDOR EXTERNO
RELEASE OF INFORMATION (ROI) TO REQUEST RECORDS FROM AN OUTSIDE PROVIDER

Teléfono: 410-837-2050 **Fax:** 866-629-0091

Dirección: A la atención de: Health Information Management, 1111 N Charles Street, Baltimore, MD 21201

Autorizo a Chase Brexton Health Services, Inc ("Chase Brexton Health Care") a obtener mi información médica personal, como se describe a continuación.

Información del Paciente:

Nombre Legal del Paciente (Patient Legal Name): _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____

Preferencia de nombre (¿Cómo le gustaría ser dirigido?): _____ Teléfono: _____

Solicite mis registros de salud del siguiente consultorio:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ / Fax: _____

Médico (marque todo lo que corresponda)

- Todos
- Notas del Hospital
- Notas de Operaciones/Patologías
- Notas de Consultas
- Resultados de Laboratorio
- VIH/SIDA
- Imágenes/Diagnósticos
- Otro _____

Farmacia

- Todas las Recetas
- Otro _____

Salud del Comportamiento (marque todo lo que corresponda)

- Todos
- Salud Mental
- Otro _____

Dental

- Todos
- Notas de Consultas
- Radiografías

Facturación

Por fechas de consulta: _____

Por tipos de consulta: _____

Solicite los registros anteriores con fecha _____ a _____ (si corresponde)

Entiendo que:

1. esta autorización HIPAA para el uso y la divulgación de información es voluntaria;
2. mi tratamiento y el pago de mi tratamiento no se verán afectados por el hecho de que firme o no firme;
3. puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Chase Brexton por escrito, pero la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada;
4. la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la parte receptora y dejar de estar protegida; y
5. puedo solicitar una copia de esta autorización.

Este ROI vence dentro de 1 año, o cuando sea utilizado para su único propósito, o lo que ocurra primero.

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde del Representante Legal (si corresponde): _____

OFFICE USE ONLY: This signed request or the above mentioned records were forwarded to the requested recipient via:

[] Mail [] Fax [] Handed to recipient [] No action needed

Employee Name: _____ Date: _____