

- ID Verified by (Initial and Date) \_\_\_\_\_
- DONE and Ready to be Scanned

Account #: \_\_\_\_\_

Request Date: \_\_\_\_\_



## Records Request (Request of Information)

Patient name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

**Purpose of Request:**

- Changing Providers
- Personal
- Legal
- Insurance
- Other:

**I am requesting records for the date(s):**

- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Date of last visit
- All Dates

**The records I want to share are:**

- All Records
- Immunization Records
- Well Visit or Sports Clearance

- For the Treatment of: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

**I specifically approve sharing the following information: (check all that apply):**

- Drug Use
- Alcohol Use
- HIV/AIDS
- Behavioral Health

- Send Records To:**
- OR**
- Request Records From:**

Name and/or Organization \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  Will Pick Up (We will call when ready)

By signing below I allow the release of my medical records. I am choosing to make this request. If the organization I have allowed to get the information is not a health plan or health care provider they may not have to follow federal privacy rules to protect my information. I can cancel this authorization in writing at any time. The cancellation would not affect any information already shared. *I do not need to sign this form to get health care at Doctors Care*

\_\_\_\_\_  
Patient or Authorized Individual's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Telephone Number

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Relationship (if not signed by the Patient)

**IMPORTANT WARNING:** The documents in this request are for the use of the person or entity listed on this form. These documents may contain information that is privileged and confidential, the disclosure of which is governed by applicable law. Unauthorized re-disclosure or failure to maintain confidentiality could subject you to penalties described in federal and state law. Any dissemination, distribution, or copying of this information is **STRICTLY PROHIBITED**.

ID Verified by (Initial and Date) \_\_\_\_\_  
 DONE and Ready to be Scanned

Account #: \_\_\_\_\_

Request Date: \_\_\_\_\_



## Solicitud de registros (solicitud de información)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Razon de la solicitud:

Cambio de proveedores  Personal  Legal  Seguro  Otra:

### Estoy solicitando registros de las fecha(s):

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Fecha de la última visita  Todas las fechas

### Los registros que quiero compartir son:

Todos los registros  Registros de inmunización  Examen físico o Autorización deportiva

Para el tratamiento de: \_\_\_\_\_  Otra: \_\_\_\_\_

### Apruebo específicamente adjuntar la siguiente información: (marque todo lo que corresponda):

Consumo de drogas  Consumo de alcohol  HIV/AIDS  Salud Emocional

Enviar registros a:   Solicitar registros de:

Nombre y / u organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  Para Recoger (Le llamaremos cuando esté listo)

Al firmar a continuación, permito la divulgación de mis registros médicos. Elijo hacer esta solicitud. Si la organización a la que he permitido obtener la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que no tengan que seguir las reglas federales de privacidad para proteger mi información. Puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. La cancelación no afectaría ninguna información ya compartida. No necesito firmar este formulario para recibir atención médica en Doctors Care

Firma del paciente o individuo autorizado

Fecha

Teléfono

Nombre impreso

Relación (si no está firmada por la paciente)

**ADVERTENCIA IMPORTANTE:** Los documentos de esta solicitud son para el uso de la persona o entidad que figura en este formulario. Estos documentos pueden contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación se rige por la ley aplicable. La divulgación no autorizada o no mantener la confidencialidad podría someterlo a las sanciones descritas en las leyes federales y estatales. Cualquier divulgación, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**.