



**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:** 410-234-8177 **Fax Alt.:** _____

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): _____
Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____ Teléfono: _____

Solicite mis registros de salud del siguiente consultorio:
Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ / Fax: _____

<p>Médico (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> Notas del Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Notas de Operaciones/Patologías</p> <p><input type="checkbox"/> Notas de Consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> VIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Imágenes/Diagnósticos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p style="text-align: center;">Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las Recetas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>Salud del Comportamiento (marque todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Salud Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p style="text-align: center;">Dental</p> <p><input type="checkbox"/> Todos</p> <p><input type="checkbox"/> Notas de Consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografías</p> <p style="text-align: center;">Facturación</p> <p>Por fechas de consulta: _____</p> <p>Por tipos de consulta: _____</p>
---	---

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

Entiendo que:

- esta autorización HIPAA para el uso y la divulgación de información es voluntaria;
- mi tratamiento y el pago de mi tratamiento no se verán afectados por el hecho de que firme o no firme;
- 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;
- la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la parte receptora y dejar de estar protegida; y
- puedo solicitar una copia de esta autorización.

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

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