

**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): \_\_\_\_\_ 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
- Abuso de Sustancias
- 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.

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: \_\_\_\_\_