

The Heart Center Request for Medical Records

Patient Full Name		Patient Date of Birth	
Requestor Name <small>(note "n/a" if patient is the requestor)</small>		Relationship to Patient <small>(note "n/a" if patient is the requestor)</small>	

I hereby authorize the provider or group named below:

Provider / Group Name: _____ Phone: _____
 Address: _____ Fax: _____

to disclose protected health information from the medical record of the above-listed patient, as noted here:

- Entire Medical Record** – this includes specific permission to release **all records** and other information regarding: psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other STD related information, all laboratory and x-ray reports, consultation reports, surgical reports and other outpatient reports.
- Only specific information / specific time period** – _____

This information is to be disclosed to the following:

Patient / Provider / Group Name: _____
 Address: _____
 Phone: _____ Fax: _____

****Note: requests will not be processed without full mailing/contact information for the party that information is to be disclosed to.****

(select one:)

The purposed of this disclosure is: **Continuing Care** **Legal** **Insurance** **Personal** **Transfer to Another Physician**

- I understand that the information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient of the information, and may then no longer be protected by the federal privacy regulations.
- I understand this Authorization is specific to the information requested above.
- I understand that I have a right to obtain a copy of this Authorization by written request to The Heart Center, LLC and to obtain a copy from each health care provider, health care facility, or health plan to which the Authorization is presented.
- I understand this Authorization will automatically expire within 90 days from the above stated date. I understand I can revoke this Authorization in writing any time prior to this date; however, my revocation will not be effective until received and does not apply to information already provided prior to the revocation becoming effective.
- No health care benefits depend upon whether I sign the Authorization.
- An original as well as a photocopy of this Authorization authorizes the disclosure of the information I have authorized to be disclosed. I understand information may be disclosed by mail or fax.
- I understand that there may be a copy charge and upon request may obtain the fee schedule.
- I have read and understand this Authorization and have voluntarily signed said Authorization.

I would like to receive my records in: paper format electronically. If electronically, provide email: _____

Signature: _____ **Printed Name:** _____

Signer is: **Patient** **Authorized Representative** **Date:** _____ **Time:** _____

The Heart Center

Nombre completo del paciente		Fecha de nacimiento del paciente	
Nombre del solicitante (Escriba "n/c" si el paciente es el solicitante)		Relación con el paciente (Escriba "n/c" si el paciente es el solicitante)	

Por este medio autorizo al proveedor o grupo nombrado a continuación:

Nombre del proveedor / grupo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

para divulgar información de salud protegida del expediente médico del paciente nombrado arriba, tal como se indica aquí:

- Expediente médico completo** – esto incluye el permiso específico para divulgar **todo el contenido del expediente** y otra información con respecto a: notas psicológicas, notas sobre drogadicción o alcoholismo, información relacionada con el SIDA y otras enfermedades venéreas (de transmisión sexual), todos los informes clínicos de laboratorio y radiografías, informes de consultas, informes quirúrgicos y otros informes de tratamiento ambulatorio.
- Sólo información específica / por un tiempo específico** – _____

Esta información será divulgada a las siguientes personas o grupos:

Nombre del paciente / proveedor / grupo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

****Nota: no se procesará ninguna solicitud sin contar con la información postal / de contacto completa del individuo o grupo a quien se divulgará la información.****

El propósito de esta divulgación es: Continuasión de atención médica Finalidad legal Seguro Personal

- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor de la información, y podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que esta autorización es específica a la información solicitada arriba.
- Entiendo que tengo el derecho a obtener una copia de esta autorización mediante una petición por escrito a The Heart Center y a obtener una copia de cada proveedor de atención de la salud, centro de atención de la salud o plan de salud a quien se presente la autorización.
- Entiendo que esta autorización caducará automáticamente en un plazo de 90 días a partir de la fecha indicada arriba. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de dicha fecha; sin embargo, mi cancelación no tendrá efecto sino hasta que se reciba, y no se aplica a la información que ya se haya divulgado antes de que la cancelación entre en vigor.
- Ningún beneficio de atención de la salud depende del hecho de si firmo o no la autorización.
- Esta autorización, ya sea en formato original o en fotocopia, autoriza la divulgación de la información que he autorizado para divulgarse. Entiendo que la información podría divulgarse por correo o fax.
- Entiendo que las copias podrían cobrarse y que se me dará una lista de precios si la pido.
- He leído y entiendo esta autorización, y he firmado por voluntad propia dicha autorización.

Firma: _____ **Nombre impreso:** _____

La persona que firma es: El paciente El representante autorizado **Fecha:** _____ **Hora:** _____



CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIONES ANUALES