



**General Medical Records Release and Authorization
for Use or Disclosure of Protected Health Information**

Please complete the following information:

Patient Name: _____

Address: _____

Phone: _____

SSN: _____ Date of Birth: ____/____/____

I authorize the custodian of records of: _____ or other person/entity (specifically describe) _____ to disclose/release the following information* (check all applicable):

- All records
- Laboratory/Pathology records
- X-ray/Radiology records
- Billing records
- Abstract/Summary
- Pharmacy/Prescription records
- Other (describe specifically) _____

**Note: If these records contain any information from previous providers or information about HIV/AIDS status, cancer diagnosis, drug/alcohol abuse, or sexually transmitted disease, you are hereby authorizing disclosure of this information.*

These records are for services provided on the following date(s): _____

Please send the records listed above to (use additional sheets if necessary):

Name: _____ Name: _____

Address: _____ Address: _____

Phone: _____ Phone: _____

Fax: _____ Fax: _____

Please send the records that I marked above through an electronic delivery option email address:

The information may be used/disclosed for each of the following purposes:

- At my request(only patients check this box)
- For my health care
- For payment/insurance
- For employment purposes
- Other: _____

This authorization shall expire no later than: ____/____/____ or upon the following event _____ (whichever is sooner), and may not be valid for greater than one year from the date of signature for Maryland medical records.

I understand that after the custodian of records (record-keeper) discloses my health information, it may no longer be protected by federal privacy laws. I further understand that this authorization is voluntary and that I may refuse to sign this authorization. My refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment; receive payment; or eligibility for benefits unless allowed by law. By signing below I represent and warrant that I have authority to sign this document and authorize the use or disclosure of protected health information and that there are no claims or orders pending or in effect that would prohibit, limit, or otherwise restrict my ability to authorize the use or disclosure of this protected health information.

Signature of patient (or patient's personal representative) Date

Printed name of patient representative Representative's authority to sign for patient, (parent, guardian, power of attorney for healthcare, executor, etc.)

You have the right to revoke this authorization, except to the extent the custodian of records has relied on it, by sending your written request to the Privacy Liaison,

_____.

A copy of this signed authorization must be given to the individual.



**Divulgación general de expedientes médicos y
Autorización para el uso o divulgación de Información protegida de salud**

Complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

NSS: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Autorizo al encargado de expedientes de: _____ u otra persona/entidad (describa específicamente) _____ comunicar/divulgar la siguiente información* (marque todas las opciones que correspondan):

- Todos los registros
- Registros de laboratorio/patología
- Registros de radiografías/radiología
- Registros de facturación
- Resumen/Sumario
- Registros de farmacia/medicamentos
- Otros (describa específicamente) _____

**Aviso: si estos registros contienen información de proveedores anteriores o información acerca del estado de VIH/SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas/alcohol o enfermedades de transmisión sexual, usted autoriza por este medio la divulgación de esta información.*

Estos registros corresponden a los servicios prestados en la(s) siguiente(s) fecha(s): _____

Por favor, envíe los registros mencionados anteriormente a (use hojas adicionales, si es necesario):

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Fax: _____

Envíe los registros que marqué anteriormente por medio de una opción de entrega electrónica - Dirección de correo electrónico: _____

La información se puede utilizar/divulgar para cada uno de los siguientes propósitos:

- A solicitud mía (solo los pacientes marcan esta casilla)
- Para mi atención médica
- Para fines de pago/seguro
- Para fines de empleo
- Otro: _____

Esta autorización finalizará a más tardar el ___/___/___ o por el siguiente evento _____ (lo que ocurra primero) y es posible que no sea válido por más de un año a partir de la fecha de la firma para los expedientes médicos en Maryland.

Entiendo que después de que el encargado de los expedientes (custodio de registros) divulgue mi información de salud, es posible que este deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales. Además, comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pagos o mi elegibilidad para recibir los beneficios, salvo que la ley lo permita. Al firmar abajo, declaro y garantizo que estoy autorizado para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de información protegida de salud y que no hay reclamaciones ni órdenes pendientes o vigentes que prohibirían, limitarían o restringirían de alguna otra manera mi capacidad para autorizar el uso o divulgación de esta información protegida de salud.

Firma del paciente (o representante personal del paciente)

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante del paciente

Autoridad del representante para firmar en lugar del paciente (*padre/madre, tutor, poder notarial para la atención médica, albacea, etc.*)

Usted tiene derecho de revocar esta autorización, salvo en la medida en que el encargado de los expedientes se haya amparado en ella, enviando su solicitud por escrito al Enlace de Privacidad,

Se debe entregar una copia de esta autorización firmada a la persona.

v.8.1.18