

Release of Information of Medical Records

Medical Records Department (ROI) • 335 SE 8th Ave. Hillsboro, OR 97123 • Tel: (503)681-1195 • Fax: (503)681-1969 • Email: ROI@tuality.org

Authorization to obtain and disclose medical information. Please complete the following information.

Patient name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Address: _____ City/ State/ Zip: _____

Tel: _____ Email/Fax: _____

Release records to (check all that applies):

- Patient** - same information listed above **BOTH**
 Other - please fill in **THEIR** information below [individual or healthcare facility]:

Name

Address

City / State / Zip

Tel

Email / Fax

Information you want to release / obtain

Specific info/dates: _____

- Pertinent records** - last two (2) years, default
 Lab report(s)
 Radiology report(s) / films
 Emergency / Urgent Care records
 Immunizations
 Other (specify): _____

Obtaining your specially protected records

If my information contains any of the types of records listed below, additional laws relating to the use and disclosure of my information may apply. **By initialing the applicable below**, I understand and agree that this information will be disclosed to the personnel listed above.

____ **HIV / AIDS testing**

____ **Mental Health records**

____ **Genetic testing information**

____ **Drug / alcohol diagnosis, treatment or referral info.**

Preferred delivery method: Mail Email Fax MyChart Pick-up

Reason for request (check one):

- Continuing care Personal Legal Insurance Other: _____

Restrictions

I understand that the information released may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected.

Rights

I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment. I may inspect or copy any information to be used and/ or disclosed under this authorization in accordance with organizational policy. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that this organization has taken action in reliance upon this authorization.

Patient/ Legal guardian signature

Date

Guarantor, POA, or other legal representative

Expiration date: This authorization will expire 12 months from date of signing unless revoked or otherwise specified below:

Alternative expiration date or event: _____

Revelación de información de registros médicos

Departamento de registros médicos (ROI) (Medical Records Department [ROI]) • 335 SE 8th Ave. Hillsboro, OR 97123 • Tel: (503)681-1195 • Fax: (503)681-1969 • Email: ROI@tuality.org

Autorización para obtener y revelar información médica. Por favor, complete la siguiente información.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código postal: _____

Tel: _____ Email/Fax: _____

Revelar los registros (marque todo lo que corresponda):

- Al paciente:** la misma información que se muestra arriba **A AMBOS**
 A otros: complete **SU** información abajo [instalaciones médicas o particular]:

Nombre

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Tel

Email/Fax

Información que quiere revelar u obtener

Fechas/información específicos: _____

- Registros pertinentes:** últimos dos (2) años, predeterminado
 Informes de laboratorio
 Placas o informes de radiología
 Registros de atención de urgencia o emergencias
 Inmunizaciones
 Otros (especificar): _____

Cómo obtener sus registros

Si mi información contiene alguno de los tipos de registros que se muestran abajo, pueden aplicarse otras leyes relativas al uso y la revelación de mi información. **Al poner mis iniciales en la selección aplicable**, entiendo y acepto que esta información se revelará al personal que se muestra arriba.

___ **Pruebas de VIH/SIDA**

___ **Registros de salud mental**

___ **Información sobre pruebas genéticas**

___ **Información sobre remisión, tratamiento o diagnóstico de drogas o alcohol**

Método de entrega preferido: Correo Email Fax My Chart Recogida

Motivo de la petición (seleccione uno):

- Atención continua Personal Legal Seguro médico Otros: _____

Restricciones

Entiendo que la información revelada puede ser objeto de una nueva revelación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida.

Derechos

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a hacerlo no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se vaya a utilizar o revelar en virtud de esta autorización de acuerdo con la política de la organización. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización por escrito. La anulación tendrá efecto partir de su recepción, pero no lo tendrá si esta organización ha tomado medidas basándose en esta autorización.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Garante, apoderado u otro representante legal

Fecha de caducidad: Esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de la firma, a menos que se anule o se especifique lo contrario abajo:

Evento o fecha de caducidad **alternativa:** _____