

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS
Autorización para la divulgación de expedientes médicos

Patient's Full Name _____ **Date of Birth:** _____
Nombre completo del paciente *Fecha de nacimiento*

I hereby authorize the office of **CHI Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land** to disclose the information indicate below, either by U.S. mail, by e-mail (for electronic medical records - EMR), or by fax:

(Por la presente autorizo a la oficina del grupo médico de Chi Baylor de San Lucas Sugar Land a revelar la información que indica a continuación, ya sea por correo estadounidense, por correo electrónico (para los registros médicos electrónicos-EMR), o por fax:)

To: _____
Name of physician or treating facility *(Nombre del médico o centro de tratamiento)*

Address (Dirección): _____

Records from _____ **to** _____
Registros de *(beginning date / fecha de inicio)* *para* *(ending date / fecha final)*

Please initial if applicable / Por favor inicial si es aplicable)

_____ **Copies of Records of Clinic Visits**
Copias de registros de visitas a la clínica

_____ **Copies of Records of Surgical Procedures and other Hospital or Outpatient Notes**
Copias de registros de procedimientos quirúrgicos y otras notas hospitalarias o ambulatorias

_____ **Copies of X-rays taken in the CHI Baylor St. Luke's Medical Group Orthopedic office**
Copias de las radiografías tomadas en la oficina ortopédica del grupo médico de Chi Baylor St. Luke

_____ **Copies of Lab Test Reports, Imaging Reports, or other Diagnostic Testing Reports ordered by the Orthopedic Surgeons in the CHI Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land.**

Copias de informes de pruebas de laboratorio, informes de imágenes, u otros informes de pruebas diagnósticas ordenados por los cirujanos ortopédicos en el grupo médico de Chi Baylor de San Lucas Sugar Land.

_____ **Other:** _____
Otros

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Patient's Full Name _____
Nombre completo del paciente

I am requesting this release for the purpose of:
Solicito esta liberación con el propósito de

_____ **Second opinion by another physician, Dr.** _____
Determinación de incapacidad **(no charge if we send for you)**
(sin cargo si enviamos por usted)

_____ **Insurance Company (may be a charge)**
Compañía de seguros (puede ser una carga)

_____ **Disability Determination (may be a charge)**
Determinación de incapacidad (puede ser una carga)

_____ **My Personal Records (charges will apply)**
Mis registros personales (puede ser una carga)

_____ **Attorney: Mr/Ms** _____ **(charges will apply)**
Abogado: Sr/MS (puede ser una carga)

_____ **Other:** _____ **(charges will apply)**
Otros: (puede ser una carga)

1.) I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my authorization, except as otherwise provided by law.

Entiendo que mis archivos son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización, excepto como lo estipula la ley.

2.) I understand that a photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original.

Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es tan válida como el original.

3.) I understand that I may revoke this authorization at any time. In the absence of my prior revocation, this authorization will automatically expire in one year from the date of signature.

Entiendo que puede revocar esta autorización en cualquier momento. En ausencia de mi revocación previa, esta autorización expirará automáticamente en un año a partir de la fecha de la firma.

(Patient's Signature / Firma del paciente)

(Parent's/Legal Guardian's Signature / Firma del padre/guardián legal)

(Date / Fecha)

(Witness to Guardian's Signature / Testigo de la firma del guardián)