

Perlman Clinic Release of Information / Medical Records Request

Attn: Medical Records Department 3900 5th Ave Suite 300 San Diego, CA 92103 (P): 858-554-1212 (F): 858-795-1195

TENGA EN CUENTA: Si envía este formulario en línea, se enviará automáticamente por correo electrónico a medicalrecords@perlmanclinic.com. Tenga en cuenta que el correo electrónico no es seguro para la información protegida por HIPAA. Para enviarlo de forma segura, imprímalo y envíelo por fax al 858-795-1195.

Es política de esta práctica médica que adoptaremos, mantendremos y cumpliremos con nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que será consistente con

IPAA y la ley de California Fecha de Nacimiento: Nombre del Pacie				
	ente:			Teléfono del Paciente:
Apellido	Nombre	2	Segundo nombre	
Solicito una copia de la siguiente historia	médica *** (la "Historia Méd	ica")sea:		
(
(SOLO ELIGE UNO)	la Oficia a /Danasa a a a a la a a la	-1:-		
Entregado al Perlman Clinic por l		-		
Enviado por fax por la Perlman CEnviado por correo electrónico p			na que se detalla a contin	uación: La entrega de registros
médicos por correo electrónico r				
Clinicpara que envíe mis registro			_	-
mismos y acepto mantener a Per	lman Clinic indemne			
			!=.! =	:-1
*** Nota: Solo podemos divulgar la historia médica de Perlman Clinic. Si nos ha enviado una historia médica externa, no podemos divulgarla a otras				
nstalaciones. Deberá solicitar la divulgación de				· ·
Sin Limitación: La historia médica	a completa, incluyendo, entre	e otros, reporte((s) de biopsia y reporte(s)	de laboratorio.
Limitado a lo Siguiente (marque	con una tilde):			
☐ Resumen de alta	Historia Físico	□ Notas de P	rogreso Reporte(s	s) de Laboratorio
☐ Reporte(s) de Rayos X	Registros de Facturación	Otros:		
*** Nota: Si estos registros contienen informac	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			=
psiquiátricos, diagnóstico de cáncer, abuso de o	drogas / alcohol o enfermedades	s de transmisión se	uvib el evitative hatou leuve	anción do acta información
	_		exual, usteu autoriza la ulvul	gacion de esta información.
Oficina/Persona:	Teléfono:		Fax:	gacion de esta informacion.
Oficina/Persona:	Teléfono:			gacion de esta informacion.
Oficina/Persona:	Teléfono:			gacion de esta informacion.
	Teléfono:			gacion de esta información.
Oficina/Persona: Dirección:	Teléfono:			gacion de esta información.
	Teléfono:			gacion de esta informacion.
	Teléfono:			gacion de esta illormacion.
Dirección:		1	Fax:	gacion de esta illormacion.
Dirección:		1	Fax:	gacion de esta illormacion.
Dirección:		1	Fax:	gacion de esta illormacion.
Dirección:	Ciudad	Estado	Fax: Código Postal:	
Dirección: Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Auto	Ciudad Ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que	Estado esponsabilidad q puedo negarme	Fax: Código Postal: que pueda surgir de la dive	ulgación de los registros a firmar no afectará mi
Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci	Ciudad Ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men	Fax: Código Postal: Jue pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley.	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación,
Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad p	Ciudad Ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men q autorizo el uso	Fax: Código Postal: que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. o divulgación de informa	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y
Dirección: Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad que no hay reclamos u órdenes pendiento.	Ciudad Ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y es o vigentes que prohibirían	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men q autorizo el uso , limitarían o res	Fax: Código Postal: que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. o o divulgación de informa stringirían mi capacidad c	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y de autorizar El uso o
Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad p	ciudad ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y es o vigentes que prohibirían protegida. Previa solicitud po	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men y autorizo el uso , limitarían o res or escrito, puede	Código Postal: Que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. O o divulgación de informa stringirían mi capacidad de solicitar una copia de es	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y de autorizar El uso o
Dirección: Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad que no hay reclamos u órdenes pendiento divulgación de esta información de salud	ciudad ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y es o vigentes que prohibirían protegida. Previa solicitud po	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men y autorizo el uso , limitarían o res or escrito, puede	Código Postal: Que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. O o divulgación de informa stringirían mi capacidad de solicitar una copia de es	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y de autorizar El uso o
Dirección: Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad que no hay reclamos u órdenes pendiento divulgación de esta información de salud	ciudad ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y es o vigentes que prohibirían protegida. Previa solicitud po	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men y autorizo el uso , limitarían o res or escrito, puede	Código Postal: Que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. O o divulgación de informa stringirían mi capacidad de solicitar una copia de es	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y de autorizar El uso o
Dirección: Calle Correo Electrónico: Libero a Perlman Clinic y al Centro / Perso médicos. Además, entiendo que esta Autocapacidad de obtener tratamiento; o reci declaro y garantizo que tengo autoridad que no hay reclamos u órdenes pendiento divulgación de esta información de salud	ciudad ona de cualquier reclamo y re orización es voluntaria y que bir pago o elegibilidad para b oara firmar este documento y es o vigentes que prohibirían protegida. Previa solicitud po	esponsabilidad q puedo negarme eneficios a men q autorizo el uso , limitarían o res or escrito, puede lidas en virtud d	Código Postal: Que pueda surgir de la dive a firmarla. Mi negativa a los que lo permita la ley. O o divulgación de informa stringirían mi capacidad de solicitar una copia de es	ulgación de los registros a firmar no afectará mi Al firmar a continuación, ación de salud protegida y de autorizar El uso o