

RECORDS RELEASE FORM – INCOMING



Patient Name (please print) _____

Date of Birth _____

Phone Number (where you can be reached): _____

Please send records by: _____ Fax _____ Mail _____ I will pick up

Phone 541-747-4300 Fax 541-747-0655

Springfield Family Physicians

Centennial Clinic

McKenzie Valley Primary Care

Please send to Springfield Family Practice *2280 Marcola Road - Springfield, Oregon 97477*

- The past 2 years of clinical notes and lab reports
- The past 5 years of x-ray, diagnostic and operative reports
- Any of the initialed notes/reports listed below

By initialing the spaces below, I specifically authorize the release of the following medical records if such records exist.

- | | |
|------------------------------|---|
| () Mental health records | () Drug/Alcohol diagnosis and/or treatment |
| () HIV/AIDS related records | () Genetic testing information |

I authorize the release of my medical records from my previous medical provider:

Provider's name: _____ Clinic Name _____

Clinic address: _____ Phone #: _____

City: _____ State/Zip: _____ Fax #: _____

I understand that the purpose of this release is for on-going medical care. The recipient of these records cannot transfer them to another party without consent from me or an authorized representative. This authorization will remain in effect for six months from the date of signature. To revoke authorization at any time, a written notice to revoke is required. I understand that medical records may contain information about alcoholism, drug abuse, sexually transmitted diseases, mental health concerns, or other sensitive information. I agree to the release of these records only as initialed above and have read all of this release. Any questions or concerns of mine have been answered.

Signature of patient or authorized representative

Today's date

PLEASE RETURN A COPY OF THIS PATIENT AUTHORIZATION WITH RECORDS

Springfield Family Physicians
2280 Marcola Road*Springfield

Centennial Clinic
1800 Centennial*Springfield

McKenzie Valley Family Practice
2644 Suzanne Way*Eugene

REGISTROS LIBERAR FORMA – ENTRANTE



Paciente Nombre (por favor imprimir) _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono Número (dónde tú poder ser alcanzó): _____

Por favor enviar registros por: ____Fax ____Correo ____Yo recogeré arriba

Teléfono 541-747-4300 Fax 541-747-0655

Médicos de familia de Springfield

Clínica Centenario

Primaria del valle de McKenzie

Por favor envíe Springfield Family Physians *2280 Marcola Road - Springfield, Oregon 97477*

- Los últimos 2 años de notas clínicas e informes de laboratorio.
- Los últimos 5 años de informes radiológicos, diagnósticos y operativos.
- Cualquiera de las notas/informes rubricados que se enumeran a continuación

Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo específicamente la divulgación de los siguientes registros médicos, si dichos registros existen.

- | | |
|--|--|
| ☐ Registros de salud mental | ☐ Diagnóstico y/o tratamiento de drogas/alcohol |
| ☐ Registros relacionados con VIH/SIDA | ☐ Información de pruebas genéticas |

Autorizo la divulgación de mis registros médicos de mi proveedor médico anterior:

Nombre del proveedor: _____ Clínica Nombre: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono #: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____ Fax #: _____

Entiendo que el propósito de esta divulgación es para atención médica continua. El destinatario de estos registros no puede transferirlos a otra parte sin mi consentimiento o el de un representante autorizado. Esta autorización tendrá una vigencia de seis meses a partir de la fecha de su firma. Para revocar la autorización en cualquier momento, se requiere una notificación de revocación por escrito. Entiendo que los registros médicos pueden contener información sobre alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud mental u otra información confidencial. Acepto la divulgación de estos registros solo según sus iniciales anteriores y he leído toda esta divulgación. Cualquier pregunta o inquietud mía ha sido respondida.

Firma de paciente o representante autorizado

de hoy fecha

POR FAVOR DEVOLVER A COPIAR DE ESTE PACIENTE AUTORIZACIÓN CON REGISTROS

Springfield Family Physicians
2280 Marcola Road*Springfield

Centennial Clinic
1800 Centennial*Springfield

McKenzie Valley Family Practice
2644 Suzanne Way*Eugene