

RECORDS RELEASE FORM – OUTGOING



Phone 541-747-4300 Fax 541-747-0655
Springfield Family Physicians

Centennial Clinic
McKenzie Valley Primary Care

Patient Name (please print) _____

Date of Birth _____

Phone Number (where you can be reached): _____

Please send records by: ___Fax___Mail___I will pick up (\$25 fee for printed records)

Our standard policy regarding medical records is to send copies of the past 3 years of clinical notes, tests, and reports including 1 year of lab reports. Please specify any additional information or records to be released.

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

- () Mental health records () Workers compensation injury () Physical Therapy reports
() HIV/AIDS related records () Genetic testing information () Drug/Alcohol diagnosis and/or treatment

I am permanently transferring my care ____Yes ____No

I authorize the release of my medical records to:

Name: _____ Clinic Name _____

Address: _____ Phone #: _____

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

I understand that:

The recipient of these records cannot transfer them to another party without consent from me, except for purposes of treatment or payment. Unless specifically requested, we will only release records generated by Northwest Medical Homes. This authorization will expire in six months and can be revoked in writing at any time.

General medical records sometimes contain reference to drug use, alcohol use, rehabilitation treatment, psychiatric treatment, sexual abuse, and other sensitive issues. I agree to release those records only as initialed above. I have read all of this release and 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 – EXTROVERTIDO



Paciente Nombre (por favor imprimir) _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono Número (dónde tú poder ser alcanzó): _____

Clinica Centenario
Atención primaria del valle de McKenzie

Por favor enviar registros por: ___ Fax ___ Correo ___ Yo recogeré arriba

Nuestra política estándar con respecto a los registros médicos es enviar copias de los últimos 3 años de notas clínicas, pruebas e informes. incluyendo 1 año de informes de laboratorio. Por favor especifique cualquier información o registros adicionales que se publicarán.

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Visitas al consultorio | ☐ Informes de laboratorio/rayos X | ☐ Informes de fisioterapia |
| ☐ Registros de salud mental | ☐ Lesiones de compensación laboral | |
| ☐ Diagnóstico y/o tratamiento de drogas/alcohol | ☐ Registros relacionados con VIH/SIDA | |
| ☐ Información de pruebas genéticas | | |

Estoy transfiriendo permanentemente mi atención ___ Sí ___ No

Yo autorizo la liberación de mis registros médicos a:

Nombre: _____ Clínica Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

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

Entiendo que:

El destinatario de estos registros no puede transferirlos a otra parte sin mi consentimiento, excepto para fines de tratamiento o pago. A menos que se solicite específicamente, solo divulgaremos los registros generados por Northwest Medical Homes. Esta autorización caducará en seis meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento.

Los registros médicos generales a veces contienen referencias al consumo de drogas, consumo de alcohol, tratamiento de rehabilitación, tratamiento psiquiátrico, abuso sexual y otros temas delicados. Acepto divulgar esos registros únicamente como se indica arriba. He leído todo este comunicado y todas mis preguntas o inquietudes han sido respondidas.

Firma de Paciente o Autorizado Representante

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