



Patient Request for Medical Records

Legacy Health Release of Information, P.O. Box 2868, Portland OR 97208, FAX (503) 413-4671

Please print clearly -See back of page for instructions to fill out this form.

Failure to follow instructions can result in a processing delay.

1. PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____, Date of Birth (mm/dd/yy): _____

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Is it ok to leave a detailed message? Yes No

2. INFORMATION TO BE RELEASED FROM (SELECT ONLY ONE LOCATION PER COMPLETED FORM)

- LEGACY EMANUEL MEDICAL CENTER
- LEGACY GOOD SAMARITAN MEDICAL CENTER
- LEGACY MERIDIAN PARK MEDICAL CENTER
- LEGACY MT HOOD MEDICAL CENTER
- LEGACY SALMON CREEK MEDICAL CENTER
- LEGACY MEDICAL GROUP (please specify clinic) _____
- LEGACY SILVERTON MEDICAL CENTER
- HEALTH PROVIDER(S) (please specify) _____

3. INFORMATION TO BE RELEASED

- Date from: _____ to: _____
- Discharge summaries
 - Immunizations
 - Operative reports
 - Clinic Notes
 - Emergency Department Records
 - Radiology reports
 - Lab/ Pathology Reports
 - Billing Records
 - History & Physical reports
 - Other (Please specify) _____

4. FORMAT OF RECORDS (SELECT ONLY ONE)

- Paper
- MyHealth
- CD (PC compatible)
- DVD (PC compatible)
- Email (only to patient)

NOTE: Requests for radiology images and billing records are processed by the respective departments and are mailed separately.

MY RIGHTS

Should I choose to have my records sent to someone other than myself, I understand that I **must initial** the following items **only if I wish this information to be released with this request**:

- _____ Mental health information and/or records (Oregon only)
- _____ Genetic testing information and/or records (Oregon only)
- _____ HIV-positive test results and HIV diagnosis
- _____ Other sexually transmitted diseases (Washington only)
- _____ Drug/alcohol treatment or referral information. Per federal regulations, describe how much and what of Drug/Alcohol information is to be disclosed: _____

Legacy Health may deny this request under limited circumstances as provided in federal regulations governing the use and disclosure of protected health information. I understand that, except as otherwise permitted under applicable law, I have the right to have a denial of my request reviewed by a licensed independent practitioner selected by Legacy Health who did not participate in the decision to deny my request. I may be charged for copies in accordance with HIPAA guidelines.

Medical records will be mailed to the address listed in section 1, unless otherwise indicated by filling in section 5. Records are only sent to one address per request form.

5. INFORMATION TO BE RELEASED TO

Myself (Select One) Please call me to pick up records when they are ready Mail my records to my address listed above.

MyHealth Account Email records to my email address: _____

Or send my records to:

Organization/ Person _____

Address _____

City, State, Zip _____ Phone _____

6. SIGNATURE

Signature of Patient or Patient's Healthcare Representative _____ Date _____
(If not signed by the patient, see information on the back page). (Required) (Required mm/dd/yy)

Printed name of person signing this form _____ Relationship to patient _____

MINOR PATIENT (age 13-17) _____ Date _____

(Signature re required if applicable)

ROI DEPT Request has been forwarded to the: Radiology Dept. Billing Dept. Other:

RADIOLOGY DEPT Request has been fulfilled, please scan Request has been forwarded to ROI Other:



Solicitud del Paciente de Informes Médicos

Legacy Health Release of Information, P.O. Box 2868, Portland OR 97208, FAX (503) 413-4671

Por favor, escriba con letra clara. Para llenar este formulario, consulte las instrucciones en el reverso. Si no sigue las instrucciones, se puede producir una demora en el procesamiento.

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No

2. FUENTE DE DONDE PROVENDRÁ LA INFORMACIÓN (SELECCIONE SOLAMENTE UNA UBICACIÓN)

- LEGACY EMANUEL MEDICAL CENTER
- LEGACY MERIDIAN PARK MEDICAL CENTER
- LEGACY SALMON CREEK MEDICAL CENTER
- LEGACY SILVERTON MEDICAL CENTER
- LEGACY GOOD SAMARITAN MEDICAL CENTER
- LEGACY MT HOOD MEDICAL CENTER
- LEGACY MEDICAL GROUP (especifique la clínica) _____
- LEGACY HEALTH PROVIDER(S) (especifique) _____

3. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

- Fecha desde: _____ hasta: _____
- Resúmenes de alta
 - Informes operatorios
 - Informes del Departamento de Emergencias
 - Informes de laboratorio/patología
 - Informes de antecedentes y aptitud física
 - Vacunas
 - Apuntes clínicos
 - Informes de radiología
 - Registros de facturación
 - Otro (especifique) _____

4. FORMATO DE LOS INFORMES (SELECCIONE SÓLO UNO)

- Papel
- MyHealth
- CD (compatible con PC)
- DVD (compatible con PC)
- Correo electrónico (solo al paciente)

NOTA: Las solicitudes de imágenes de radiología y registros de facturación son procesadas por los departamentos respectivos y se envían en una correspondencia aparte.

MIS DERECHOS

En caso de elegir que mis informes médicos se envíen a otra persona que no sea yo, entiendo que debo escribir mis iniciales junto a los siguientes ítems únicamente si deseo que tales datos se divulguen con esta solicitud:

- _____ Datos o informes sobre salud mental (Oregon solamente)
- _____ Resultados positivos de prueba de VIH y diagnóstico de VIH
- _____ Datos sobre tratamiento o remisiones por consumo de drogas o alcohol. Para cumplir con las regulaciones federales, describa la cantidad y el tipo de información sobre drogas o alcohol que se podrá divulgar:
- _____ Datos o informes sobre análisis genéticos (Oregon solamente)
- _____ Otras enfermedades de transmisión sexual (Washington solamente)

Legacy Health puede denegar esta solicitud, en situaciones limitadas, según lo estipulan las regulaciones federales sobre el uso y la divulgación de información de salud protegida. Entiendo que, excepto que las leyes vigentes estipulen lo contrario, ante la denegación de mi solicitud tengo derecho a una revisión de parte de un facultativo independiente con licencia, seleccionado por Legacy Health, que no haya participado en la decisión de denegar mi solicitud. **Es posible que deba pagar las copias conforme a las pautas de la ley HIPAA.** Los informes médicos se enviarán por correo a la dirección que figura en la sección 1, a menos que se indique lo contrario en la sección 5. Los informes solamente se envían a una dirección, que es la que figura en el formulario de solicitud.

5. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

- Yo mismo Seleccione una opción →
- Llámeme para ir a buscar los informes cuando estén listos
- Envíen mis informes a la dirección que figura arriba.
- Cuenta de MyHealth
- Envíen los informes por correo electrónico a mi dirección: _____

o envíen mis informes a:

- Organización/persona _____
- Dirección _____
- Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono _____

6. FIRMA

Firma del paciente o representante de atención de la salud del paciente _____ Fecha _____
(Si no está firmado por el paciente, lea la información en el reverso). (Obligatoria) (Obligatoria mm/dd/aa)

Nombre de la persona que firma esta solicitud en letra de imprenta _____

Relación con el paciente (si no es el paciente) _____

PACIENTE MENOR DE EDAD (de 13 a 17 años) _____ Fecha _____
 (Firma obligatoria si corresponde)

ROI DEPT Request has been forwarded to the: Radiology Dept. Billing Dept. Other:

RADIOLOGY DEPT Request has been fulfilled, please scan Request has been forwarded to ROI Other: