The CHILDREN'S HEALTH PLACE

CONSENT TO ACCESS OR RELEASE MEDICAL RECORDS

Patient Name/Nombre de paciente: _____DOB/FDN:_____

Parent/Nombre de padre:_____

☐ I request the facility listed below send my child's medical records to The Children's Health Place. Solicito que la clínica que se indica a continuación envíe mis registros a The Children's Health Place.

☐ I request The Children's Health Place send my child's medical records to the facility listed below. Solicito que la clínica The Children's Health Place envie mis registros a la clínica que se indica a continuación.

Name of Facility/Nombre de clínica:_____
Address/Dirección: _____
City, State, Zip/Ciudad, Estado y Código Postal: _____
Phone Number/Número De Tel:_____ Fax Number/Número de Fax:_____

Please send/Por favor, envíe:

☐ Complete Medical Records/Toda la información del registro médico

☐ My health information relating to/Mi registro medico relacionado con: _____

☐ My health information for the following dates/Mi registro médico para las siguientes fechas:_____

☐ I request to receive copies of my child's medical records for my personal use only. I understand that I will only receive medical record copies from The Children's Health Place, no other entities. I understand that the following charges apply (Refer to the Colorado Health Regulations Chapter 2, part 5.2.3.4). Solicito recibir copias de los registros médicos de mis hijos/as solo para mi uso personal. Entiendo que solo recibiré copias de registros médicos del The Children's Health Place, no de otras entidades. Entiendo que se aplican los siguientes cargos (Consulte el Capítulo 2 de las Reglas del Departamento de Salud de Colorado, parte 5.2.3.4):

- $14.00 for the first 10 pages or fewer/ $14.00 por las primeras 10 páginas o menos
- 50 cents for pages 11 to 40/ 50 centavos por cada página 11 a 40
- 31 cents for pages 41 and up/ 31 centavos por cada página 41 y más
- $35.00 for the entire record if it exceeds 50 pages /$35.00 por todo el registro si exceed las 50 páginas

My signature authorizes the transfer of my child's medical records to and from the facilities listed above. I may change or revoke this authorization in writing at any time. If I do, it will not affect any previous actions taken by The Children's Health Place based upon this authorization. Mi firma autoriza a The Children's Health Place a transferir los registros de mi hijo/a la instalación documentada aquí. Puedo cambiar o revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si lo hago, no afecta ninguna acción previa tomada por The Children's Health Place basada en esta autorización.

Print Name/Nombre:_____ Relation to patient/Relación al paciente _____

Signature/Firma:_____ Date/Fecha: _____