



Faxed: _____
 Refaxed: _____
 Refaxed: _____
 Refaxed: _____

Manisha Kalra, M.D. / Rohit Seem, M.D.
 15215 Shady Grove Road, Suite 304
 Rockville, MD 20850
 301-284-8990 / 301-569-4293 (fax)

Medical Records Release and Authorization
Autorización para divulgar u obtener información

Patient Name/*Nombre*: _____ DOB/*FDN*: _____

Name or Specific ID of Persons to Whom Disclosure: Records may be released to Obtained from:

Nombre a quien se puede revelar información: *Registros pueden ser divulgados a:* *Pueden ser obtenidos de:*

Please fill in all of the information in the shaded box

Dr Name/*Nombre*: _____ **Phone #/*Telefono*:** _____
Specialty: _____ **Address needed if doctor is not located in Maryland.**

Address/*Dirección*: _____ Fax: _____

City/*Ciudad*: _____ State/*Estado*: _____ Zip/*Código postal*: _____

The information may be used or disclosed for the following purposes:

La información puede ser usada o revelada para los siguientes fines:

Make a Selection

- At my request / *A mi solicitud*
- Employment purposes / *Propósitos de Empleo*
- New Physician / *Nuevo Médico*
- School / *Escuela*
- Legal Purposes / *Propósitos Legales*

I authorize the release of the following records:

Autorizo la divulgación de los registros siguientes:

Make a Selection

- Entire Medical Record / *Toda la Historia Clínica*
- Office Visits / *Visitas al consultorio*
- Diagnostic tests (Labs, X-ray, Radiology) / *Pruebas diagnósticas (laboratorios, Rayos X, Radiología)*
- Consultations / *Consultas*
- Pathology Results / *Resultados Patología*
- Operative Report / *Informe Operativo*

Please continue the form on the other side

I specifically authorize the release of information relating to:
Autorizo específicamente la divulgación de la información relativa a:

- Substance Abuse (including alcohol or drugs) / Abuso de sustancias (incluyendo alcohol o drogas)
- HIV related information / Información relacionada con el VIH

X _____

Signature of Patient / Firma del Paciente

Date / Fecha

I understand that after the custodian of records discloses my health information, it may no longer be protected by federal privacy laws. I understand that this authorization will be valid for 1 year unless otherwise instructed by the patient. I understand that I may revoke this authorization any time by notifying the provider in writing. I understand that my right to receive medical services from FMSG will not be affected if I refuse to sign it. By signing below I represent and warrant that I have authority to sign this document and authorize its use or disclosure of protected health information (PHI). I understand that if FMSG has requested this authorization, I will get a copy of it after I have signed it.

Entiendo que después de que mis registros son revelados, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que esta autorización será válida hasta que se indique lo contrario por parte del paciente. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación al proveedor por escrito. Entiendo que mi derecho a recibir servicios médicos de FMSG no será afectado si me niego a firmar el documento. Al firmar abajo yo represento y garantizo que tengo la autoridad para firmar este documento y autorizar su uso o la divulgación de información de salud protegida (PHI). Entiendo que si FMSG ha solicitado esta autorización, voy a obtener una copia de la misma después de que la haya firmado.

Signature of patient or representative / Firma del paciente o representante

Date / Fecha

Name of representative / Representante del paciente

Representative's authority / Autoridad del Representante
(i.e. parent, guardian, power of attorney, exec of estate)
(es decir, padre, tutor, poder, ejecutivo de los bienes)