



1360 S. Potomac St. Phone: 303-337-5575  
 Aurora, CO 80013 Fax: 303-745-6264  
 4100 W. 28<sup>th</sup> Avenue Phone: 303-433-2565  
 Denver, CO 80212 Fax: 303-433-2567  
 56441 E. Colfax Ave. Phone: 303-622-9241  
 Strasburg, CO 80136 Fax: 303-622-6880

## Authorization to Release Healthcare Information from RMIM

### Autorizacion para que RMIM Revele Informacion Medica

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Patient's Phone: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
 Telefono del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Socia: #: \_\_\_\_\_

Please note, to **send** copies of medical records to another **doctor** for medical reasons is free of charge. Otherwise, there is a fee for copying medical records and our charges are as follow:

Number of Pages/ Numero de Paginas	Charge/ Precio
1-5	Free/ Gratis
6-10	\$14.00
11-40	\$14.00 + 50¢ per page
40 or more/ o mas	\$29.00 + 33¢ per page

Nota – No se olvide de mandar copias de su historial medico a su Nuevo Doctor, es gratis si es por rezones medicinales. De otra manera se le cobrara un porcentaje y estos son nuestro precios:

I request and authorize **Rocky Mountain Internal Medicine** to release healthcare information of the patient named above to:  
 Solicito y aurtorizo a **Rocky Mountain Internal Medicine** que liberen la informacion medica del siguiente paciente:

Release TO	Doctor's Address/Direction del Doctor: _____
	Doctor's City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____
	Doctor's Phone/Telefono del Doctor: _____ Fax: _____

**The reason for this request and authorization is due to:**  PCP Change/PCP Cambio  
 La razon por la solicitud y autorizaciones la siguiente:  Specialist Visit/Visita con un especialista  
 Other/otros: \_\_\_\_\_

This request and authorization applies to/este solicitud y autorizacion son aplicados a los siguientes:

- Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates:  
 Historial Medico relacionado con un tratamiento, condicion o un dia: \_\_\_\_\_
- All healthcare information/ toda la informacion con su salud
- Other/ otros: \_\_\_\_\_

**Definition:** Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereuem, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhoea.

**Definicion:** Enfermedades sexuales transmitidas (STD) definicion, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, simplex herpes, human papilloma virus, verrugat, verrugas, genitals, condyloma, Chlamydia, urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereuem, HIV (virus inmunodeficiente humano), AIDS (Sindrome inmunodeficiente adquirido, y gonorrhoea.

Yes/si  No  N/A

I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Autorizo que revelen mis resultados de los exámenes siguientes STD's, HIV/AIDS, ya sean negativos o positivos, a las persona(s) en la lista anterior. Entiendo que esta(s) personas listed seran notificadas de que yo debo dar autorizacion escrita antes de que ellos pueden dar esta informacion a alguien mas.

Yes/si  No  N/A

I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Autorio que revelen informacion medica con respect a drogas, alcohol y enfermedades mentales y tratamiento a las persona(s) en la lista anterior.

Patient or legally authorized individual signature: \_\_\_\_\_  
 Paciente o persona autorizada legalmenta para firma documentos: \_\_\_\_\_

Date Signed: \_\_\_\_\_  
 Dia que firmo: \_\_\_\_\_

THIS AUTHORIZATION EXPIRES \_\_\_\_\_ AFTER IT IS SIGNED.  
 ESTA AUTORIZACION TERMINA \_\_\_\_\_ DESPUES DE SE FIRMADA.