



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

Request for Privacy/Non-release of Medical Records
Solicitud de Confidencialidad/ Sin Revelacion del Historial Medico

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

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

I request for **Rocky Mountain Internal Medicine NOT** to release the above named patient's medical records that are in your possession to anyone without my permission. This includes but is not limited to other health care agencies, medical licensing boards, government agencies, or any person representing or acting on behalf of any of these agencies.

Yo solicito a **Rocky Mountain Internal Medicine que NO REVELEN** informacion medica a ninguna persona sin mi concentimeinto. Esto incluye per no es limitado a otras asociaciones de salud, consejos de medicina, agencias gubernamentales, o cualquier otra persona que represente estas agencias.

If you receive any request or demand for my medical records, please let me know promptly.

Si ustedes reciben una solicitud o demanda de historial medico, por favor dejenme saberlo inmediatamente.

This request and authorization applies to:

Esta solicitud y autorizacion aplica 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/ todo la informacion con su salud
 - Other/ otros: _____
-

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.