



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 to Transfer Medical Records TO RMIM

Autorización para Transferir mi Información Medica a RMIM

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

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

Transfer FROM	Transferir mis records de:	I request and authorize (doctor's name) _____ Solicito y autorizo al (nombre del doctor) _____ Doctor's Address/Direction del Doctor: _____ Doctor's City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____ Doctor's Phone/Telefono del Doctor: _____ Fax: _____
----------------------	-----------------------------------	--

to release healthcare information of the patient named above to:
 que revelen toda la informacion medica del Paciente mencionado anteriormente a la siguiente direccion:

Check one: Escoge una:	<input type="checkbox"/> Aurora Office Oficina en Aurora	<input type="checkbox"/> Denver Office Oficina en Denver	<input type="checkbox"/> Strasburg Office Oficina en Strasburg
---------------------------	---	---	---

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 venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

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 venereum, HIV (virus inmunodeficiente humano), AIDS (Sindrome inmunodeficiente adquirido, y gonorrhoea.

<input type="checkbox"/> Yes/si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Yes/si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: _____ THIS AUTHORIZATION EXPIRES _____ AFTER IT IS SIGNED.
 Dia que firmo: _____ ESTA AUTORIZACION TERMINA _____ DESPUES DE SE FIRMADA.