



## Perlman Clinic Medical Records Transfer Request

Attn: Medical Records Department  
3900 5<sup>th</sup> Avenue Suite 300, San Diego, CA 92103  
[medicalrecords@perlmanclinic.com](mailto:medicalrecords@perlmanclinic.com)  
(P): 858.554.1212  
(F): 858.795.1195

Fecha de Nacimiento:	Nombre del Paciente:			Teléfono del Paciente:
	Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Solicito una copia de la siguiente historia médica *** (la "Historia Médica") sea: <b>(SOLO ELIGE UNO)</b> <input type="checkbox"/> <b>Entregado al</b> Perlman Clinic por la Oficina/Persona nombrado abajo; o sea <input type="checkbox"/> <b>Proporcionado por</b> Perlman Clinic a la Oficina/Persona nombrado abajo <input type="checkbox"/> <b>Transferido por correo electrónico</b> por Perlman Clinic a la instalación / persona que se detalla a continuación: La entrega de registros médicos por correo electrónico no es segura para la información protegida por HIPAA. Sin embargo, estoy instruyendo a Perlman Clinic para que envíe mis registros médicos por correo electrónico al siguiente correo electrónico, y asumo todos los riesgos de los mismos y acepto mantener a Perlman Clinic indemne _____ iniciales  *** Nota: Solo podemos divulgar la historia médica de Perlman Clinic. Si nos ha enviado una historia médica externa, no podemos divulgarla a otras clínicas. Deberá solicitar la divulgación de esa historia médica directamente a la clínica original.				
<input type="checkbox"/> <b>Sin Limitación:</b> La historia médica completa, incluyendo, entre otros, reporte(s) de biopsia y reporte(s) de laboratorio.  <input type="checkbox"/> <b>Limitado a lo siguiente (marque con una tilde):</b> <input type="radio"/> Resumen de alta <input type="radio"/> Historia Físico <input type="radio"/> Informes de Consulta <input type="radio"/> Notas de Progreso <input type="radio"/> Reporte(s) de Laboratorio <input type="radio"/> Registros de Farmacia <input type="radio"/> Reporte(s) de Rayos X <input type="radio"/> Registros de Facturación  <input type="radio"/> Otros: _____				
*** Nota: Si estos registros contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado del VIH / SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas / alcohol o enfermedades de transmisión sexual, usted autoriza la divulgación de esta información.				
Oficina/Persona:	Teléfono:		Fax:	
Dirección:				
Calle		Ciudad	Estado	Código Postal:
Correo Electrónico:				
Libero a Perlman Clinic y al Centro / Persona de cualquier reclamo y responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de los registros médicos. Además, entiendo que esta Autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento; o recibir pago o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o vigentes que prohibirían, limitarían o restringirían mi capacidad de autorizar el uso o divulgación de esta información de salud protegida. Previa solicitud por escrito, puede solicitar una copia de esta Autorización y / o revocar esta Autorización (excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de la misma).				
Firma del Paciente / Padre/ Guardián	Nombre del Representante del Paciente Nombre del Representante Legal de Salud		Fecha – Esta Autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha anterior	