



William G Liakos Jr. MD, FAAP
 Margarita Macias, MD
 Teresa Ryan, CPNP
 Brianne Rowell, APRN-CNP

Karen L. Carson MD, FAAP
 Lori Zink MD, FAAP
 Rene Moya, CPNP

Abelardo Garcia, MD
 John Leak, PA-C
 Kristy Bell, CPNP

Rachel Whitlock, DO
 Tracy Atkins, CPNP
 Justine Carmichael, MSN FNP-C

813 North Washington Avenue, Roswell NM, 88201 Phone: (575) 622-2606 Fax: (575) 622-6645
 INFO@BCAPEDIATRICS.COM

Authorization for Release of Medical Records

Patient's Name	Date of Birth	SSN
Address	Medical Record Number	Telephone Number

I AUTHORIZE THE USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION ABOUT SAID PATIENT AS DESCRIBED BELOW:

Facility Authorized to RELEASE Health Information:	
Agency or Individual(s) Authorized to RECEIVE Health Information:	Phone Number: Fax Number:

Health Information that may be used / disclosed is limited to the following:

<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Consultation(s)	<input type="checkbox"/> Pathology Report	<input type="checkbox"/> Lab
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Operative Note(s)	<input type="checkbox"/> Imaging/X-Ray	<input type="checkbox"/> Entire Record
<input type="checkbox"/> Other(specify)			

Health Information identifies you (the patient) by name, and includes other demographic information about you.

Health Information may include, but is not limited to: medical records, x-ray films, slides, tracings, strips, etc.

I hereby discharge the releasing facility, its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages and claims which might arise from the release of information authorized herein, to include alcohol, drug abuse, communicable disease including HIV status, and/or psychiatric diagnoses compiled during my visit, encounter or hospitalization, or make copies thereof in accordance with the policies of this facility.

Protected Health Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by this privacy rule. If research-related Health Information is used or disclosed for continued research purposes an expiration date or event does not apply.

This authorization will automatically expire in 60 days after the date below (except as indicated above), unless an earlier date is specified, or at the conclusion of a specified event. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time, in writing, as stated in the Notice of Privacy Practices, except where the facility has already made disclosures in reliance upon my prior authorization.

Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on obtaining an authorization if the Health Insurance Portability Accountability Act prohibits such conditioning. If conditioning is permitted, refusal to sign the authorization may result in denial of care or coverage.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL: This information is to be treated in accordance with Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) privacy regulations.

Patient's or Authorized Personal Representative's Signature	Date	Time
Relationship to Patient / Authority to Act on Patient's Behalf	Witness Name	Witness Signature

THERE MAY BE A CHARGE FOR COPYING MEDICAL RECORDS.



William G Liakos Jr. MD, FAAP
 Margarita Macias, MD
 Teresa Ryan, CPNP
 Brianne Rowell, APRN-CNP

Karen L. Carson MD, FAAP
 Lori Zink MD, FAAP
 Rene Moya, CPNP

Abelardo Garcia, MD
 John Leak, PA-C
 Kristy Bell, CPNP

Rachel Whitlock,
 Tracy Atkins, CPNP
 Justine Carmichael, MSN FNP-C

813 North Washington Avenue, Roswell NM, 88201 Phone: (575) 622-2606 Fax: (575) 622-6645
 608 N 1st Street, Artesia NM, 88210 Phone: (575) 746-8880 Fax: (575) 746-2416
 1034 N Spring Street, Carlsbad NM, 88220 Phone: (575) 941-3854 Fax: (575) 941-3592
 113 S Lincoln Avenue, Dexter NM, 88230 Phone: (575) 734-2890 Fax: (575) 734-2893

Autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social
Dirección	Número de historia médica	Número de teléfono

Yo autorizo el uso y divulgación de información médica sobre dicho paciente como se describe a continuación:

Instalación autorizada a DIVULGAR información de salud:	
Agentes o persona(s) autorizada para RECIBIR información de salud:	Numero de Telefono: Numero de Fax:

Información de Salud que pueden ser utilizados / divulgación se limita a los siguientes:

<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Consulta(s)	<input type="checkbox"/> Informe de Patología	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Historial y físico	<input type="checkbox"/> Nota(s) operativa	<input type="checkbox"/> Imágenes / rayos X	<input type="checkbox"/> Registro Completo
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)			

La información de salud lo identifica a usted (el paciente) e incluye otra información demográfica sobre usted.

La información de salud puede incluir, pero no se limita a: registros médicos, radiografías, diapositivas de fotos, trazados, tiras, etc.

Por la presente libero a la instalación de liberación, a sus agentes y empleados de todas y cada una de las responsabilidades, daños y reclamos que puedan surgir de la divulgación de la información autorizada en este documento, que incluye alcohol, abuso de drogas, enfermedades transmisibles, incluido el estado del VIH y / o psiquiatría. diagnósticos recopilados durante mi visita, encuentro u hospitalización, o hacer copias de los mismos de acuerdo con las políticas de esta instalación.

La información médica protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga para fines de investigación continua, no se aplica una fecha de vencimiento o evento.

Esta autorización vencerá automáticamente en 60 días después de la fecha a continuación (excepto como se indica arriba), a menos que se especifique una fecha anterior, o al final de un evento específico. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad, excepto cuando la instalación ya haya hecho divulgaciones en base a mi autorización previa.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la Ley de Responsabilidad de Portabilidad de la Información de Salud prohíbe dicho condicionamiento. Si se permite el acondicionamiento, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA RECEPTOR O INDIVIDUO: Esta información debe tratarse de acuerdo con las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Firma del paciente o representante autorizado	Fecha	Hora
Relación con el paciente / autoridad para actuar en nombre del paciente	Nombre del testigo	Firma del testigo

Puede haber un cargo por copiar registros médicos