MARYLAND CHILDREN HEALTH CENTER

Patient Medical Record Release Form

Patient Name: _____
Date of Birth: _____
Address: _____
Phone Number: _____

Previous Medical Provider Information

I hereby authorize the release of medical information from my previous medical provider listed below:

Provider/Practice Name: _____
Provider Phone: _____ **Fax:** _____
Provider Address: _____

Treatment Dates (if applicable): From _____ To _____

Release Records To:

Maryland Children Health Center (circle one)

Glenn Dale Office
12150 Annapolis Rd, Suite 208
Glenn Dale, MD 20769
Phone: 301-218-0398 | Fax: 301-218-0399 *(add correct fax if needed)*

Oxon Hill Office
6130 Oxon Hill Rd, Suite 202
Oxon Hill, MD 20745
Phone: 301-567-1767 | Fax: 301-839-6128

Type of Records Requested *(check all that apply)*

☐ Entire Medical Record
☐ Immunizations Only
☐ Labs & X-Rays
☐ Patient Is Transferring Care
☐ Other: _____

Authorization & Acknowledgment

I understand that this authorization is valid for **180 days** from the date of signature. I understand that I may revoke this authorization at any time by providing written notice to Maryland Children Health Center.

I acknowledge that once the requested records have been released, the medical office cannot retrieve them and has no control over further use or disclosure of the information.

I hereby release Maryland Children Health Center and its providers from any and all liability that may arise from the release of my medical records as authorized by this form.

Parent/Legal Guardian Signature: _____

Relationship to Patient: _____

Date: _____

MARYLAND CHILDREN HEALTH CENTER

Formulario de Autorización para la Liberación de Expedientes Médicos del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Información del Proveedor Médico Anterior

Autorizo la liberación de información médica de mi proveedor médico anterior indicado a continuación:

Nombre del Proveedor/Clínica: _____

Teléfono del Proveedor: _____ **Fax:** _____

Dirección del Proveedor: _____

Fechas de Tratamiento (si aplica): Desde _____ Hasta _____

Liberar Expedientes Médicos a:

Maryland Children Health Center *(circule uno)*

Oficina de Glenn Dale
12150 Annapolis Rd, Suite 208
Glenn Dale, MD 20769
Teléfono: 301-218-0398 | Fax: 301-218-0399 *(agregar fax correcto si es necesario)*

Oficina de Oxon Hill
6130 Oxon Hill Rd, Suite 202
Oxon Hill, MD 20745
Teléfono: 301-567-1767 | Fax: 301-839-6128

Tipo de Expediente Solicitado *(marque todo lo que aplique)*

☐ Expediente médico completo
☐ Solo inmunizaciones
☐ Laboratorios y Rayos X
☐ Paciente transfiere su cuidado
☐ Otro: _____

Autorización y Reconocimiento

Entiendo que esta autorización es válida por **180 días** a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a Maryland Children Health Center.

Reconozco que una vez los expedientes solicitados han sido liberados, la oficina médica no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso o divulgación posterior de la información.

Por la presente libero a Maryland Children Health Center y a sus proveedores de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la liberación de mis expedientes médicos según lo autorizado por este formulario.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal: _____

Relación con el Paciente: _____**Fecha:** _____

MARYLAND CHILDREN
HEALTH CENTER