



Health Information Management  
 Release of Information  
 2601 E. Roosevelt St.  
 Phoenix, AZ 85008  
 ROI@valleywisehealth.org  
 Phone: 602-344-5266 | Fax: 602-655-9017

**PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Please check (✓) the appropriate box(es) (☐) and fill in the blank(s) as needed.

Individual/Patient Name (Last, First): \_\_\_\_\_

Patient's Date of Birth: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Individual/Patient Address: \_\_\_\_\_

**Please Check Specific Information Requested:** (for information related to AIDS/HIV, Communicable Diseases, Behavioral Health, Alcohol/Drug Abuse or Genetic Testing a separate Authorization is required, see Valleywise Health form 43439)

- |                                                                                       |                                                         |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> All Records                                                  | <input type="checkbox"/> History & Physical             | <input type="checkbox"/> Operative Report           |
| <input type="checkbox"/> Abstract of record                                           | <input type="checkbox"/> Images                         | <input type="checkbox"/> Operative Notes            |
| <input type="checkbox"/> <b>(Provider Notes, Procedures, &amp; Test Results Only)</b> | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports             | <input type="checkbox"/> Other Procedure Report     |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary                                            | <input type="checkbox"/> Medication Records             | <input type="checkbox"/> Radiology Reports          |
| <input type="checkbox"/> Face Sheet                                                   | <input type="checkbox"/> Nursing Assessments/Notes      | <input type="checkbox"/> Itemized Billing Statement |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> Pathology Reports              |                                                     |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> Progress Notes (specify) _____ |                                                     |

Other (specify) \_\_\_\_\_

**Date(s) of Treatment:**  Specific Date(s): \_\_\_\_\_ thru \_\_\_\_\_ or  All Date(s) of Treatment

**In what format would you like to receive your records:** (select one of the following)

- Valleywise Health Patient Portal (MyChart)  Paper Copy  Electronic Copy:  CD  USB  E-Mail (as listed below)  
 Fax

**Release or Mail To:**

Individual/Legal Guardian/Personal Representative: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City, State and Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number of Individual Receiving Records if not Patient: ( ) \_\_\_\_\_

Fax Number of Individual Receiving Records if known: ( ) \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

**Email is not a secure means of communication. We will encrypt email communications containing your records unless you tell us you prefer Valleywise Health to use unencrypted email. If you prefer we not encrypt our communications to you, your initials permit Valleywise Health to email your requested information unencrypted. However, if a file size limitation exists an alternate format to receive your records will be required. Initial Here: \_\_\_\_\_**

**Processing Your Requested Information:**

Valleywise Health may charge a fee for the copying of requested health information plus postage for mailing the copies to you. If you would like a copy of your record to be provided on portable media such as a CD or USB drive, we may charge you the actual cost of the portable media.

Valleywise Health will respond to your request for health information within 30 days of our receipt of your request. If, however, your health information is not readily accessible by Valleywise Health or is maintained in an off-site storage location, Valleywise Health has an additional 30 days to respond to your request. If we require additional time to respond to your request, we will contact you to inform you of this extension of time.

We appreciate your patience while we process your request.

Signature of Patient/Legal Guardian/Personal Representative

Date

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por favor marque con una (✓) las casillas (☐) que correspondan y llene los espacios en blanco

Nombre de la persona/del paciente (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona/paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor indique la información específica que quiere solicitar:** (para solicitar información con relación al SIDA/VIH, enfermedades contagiosas, salud mental, abuso de alcohol/droga o pruebas genéticas se necesita llenar una autorización por separado, véase el documento 43780 de *Valleywise Health*)

- |                                                                                    |                                                                 |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la historia clínica                                  | <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico           | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico            |
| <input type="checkbox"/> Un resumen de la historia clínica                         | <input type="checkbox"/> Imágenes                               | <input type="checkbox"/> Notas quirúrgicas             |
| <b>(Solamente notas del proveedor, procedimientos y resultados de las pruebas)</b> | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Otro informe de procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                                          | <input type="checkbox"/> Expedientes de medicamentos            | <input type="checkbox"/> Informes de radiología        |
| <input type="checkbox"/> Ficha del paciente                                        | <input type="checkbox"/> Notas/Evaluaciones de enfermería       | <input type="checkbox"/> Factura detallada             |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> Informes de patología                  |                                                        |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> Notas de evolución (especifique) _____ |                                                        |

Otro  
(especifique) \_\_\_\_\_

**Fecha de tratamiento:**  Fecha específica: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ o  Todas las fechas de tratamiento

**En qué formato le gustaría recibir sus expedientes:** (seleccione uno de los siguientes)

Portal de pacientes de *Valleywise Health (MyChart)*  Copia impresa  Copia electrónica:  CD  USB  Correo electrónico (que aparece a continuación)  Fax

**Divulgar o enviar por correo a:**

Persona/tutor legal/representante personal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona que recibirá los documentos si no es el paciente: ( ) \_\_\_\_\_

Número de fax de la persona que recibirá los documentos, si se conoce: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro. Vamos a encriptar las comunicaciones por correo electrónico que contengan su historia clínica a menos que nos diga que prefiere que *Valleywise Health* use un correo electrónico sin encriptación. Si prefiere que no encriptemos nuestras comunicaciones con usted, al poner sus iniciales a continuación usted permitirá que *Valleywise Health* envíe la información que solicitó por correo electrónico sin encriptación. Sin embargo, si hubiera algún límite de tamaño de archivo, se requerirá un formato alternativo para recibir sus documentos. Escriba aquí sus iniciales: \_\_\_\_\_**

**Procesamiento de la información que solicitó:**

*Valleywise Health* tal vez cobre una tarifa por fotocopiar la información médica que se solicitó más los gastos de envío por enviarle las copias por correo. Si le gustaría recibir una copia de su historia clínica en CD o USB, tal vez le cobremos el costo actual de la memoria portátil.

*Valleywise Health* responderá a su solicitud de información médica dentro de 30 días de haberla recibido. Pero, si *Valleywise Health* no tiene acceso inmediato a su información médica o si la información se almacena en alguna instalación externa, *Valleywise Health* tendrá 30 días adicionales para responder a su solicitud. Si necesitamos tiempo adicional para responder a su solicitud, lo contactaremos para informarle sobre esta extensión de tiempo.

Agradecemos su paciencia mientras procesamos su solicitud.

Firma del paciente/tutor legal/representante personal

Fecha