



This form is only to be used by patient requesting records for continuum of care.

1. Patient Information (Please Print)

First Name:		Middle Initial:	Last Name:	
Name at Time of Treatment (if different than above):				
E-mail (optional)		Phone:	Date of Birth (MM/DD/YYYY):	
Street Address:		City:	State:	Zip:

2. What records do you want? (Check appropriate boxes below):

Date(s) of Service: ____ / ____ / ____ through: ____ / ____ / ____

Discharge Summary Emergency Room Records Operative/Procedure Reports Radiology Images

Test Results (X-Rays, Lab/Pathology) Please specify: _____

Other (Medication Lists) Please specify: _____ HIV Results (please initial): _____

3. How would you like your records delivered?

Paper Mail In Person Pick-up Email – Address: _____

USB Fax – Number: _____

4. Where were you treated?

- Baptist Hospital of Miami South Miami Hospital Doctors Hospital Homestead Hospital West Kendall Baptist Hospital
- Baptist Outpatient Services Ambulatory Surgery Center Mariners Hospital Diagnostic Center Urgent Care Center
- Baptist Health Medical Group Physician Practice Miami Cancer Institute Fishermen’s Community Hospital

5. Where do you want the information sent? (Fill in boxes below):

Facility selected above should release my records to: Self Personal Representative (indicated below)

Recipient Name (Print):	Recipient Phone:
	Recipient Fax:
	Recipient E-mail (if applicable):

6. Please print your name and sign below (This authorization will expire one year from the date signed):

Name of Patient or Personal Representative (please print):	Relationship (please print):
Signature of Patient or Personal Representative:	Date/Time:

7. Please mail completed form to: Mail in only - patient walk in requests not handled at this location.

8500 SW 117 Ave/Road 4th Floor/Box 7 Miami, FL 33183 Attn: Medical Records	E-mail: medicalrecords@baptisthealth.net
	Fax: 786-594-6404
	Questions? 786-594-6400

**ORGANIZATION SELECTED ABOVE recognizes a patient’s right under HIPAA to access copies of his/her health information.
There may be charges associated with processing a request and producing requested records.**

BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA

PATIENT REQUEST FOR HEALTH INFORMATION





Este formulario es unicamente para los pacientes que soliciten historia clinica para continuidad de atencion medica

1. Información del paciente (en letra de imprenta)

Form with fields: Primer nombre, Inicial del 2.do nombre, Apellido, Nombre al momento de recibir el tratamiento, Dirección de correo electrónico, Teléfono, Fecha nacimiento, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal.

2. ¿Qué documentación desea? (Marque todos los recuadros que correspondan):

Form with fields: Fecha(s) de servicio, Resumen del alta, Historia clínica en la sala de emergencias, Informes operatorios/de procedimientos, Imágenes de radiología, Resultados de los exámenes, Otro (listas de medicamentos), Resultados de VIH.

3. ¿De qué forma desea recibir los documentos?

Form with checkboxes: Impresos, Correo postal, Recogerlos en persona, Correo electrónico, USB, Fax - teléfono.

4. Dónde recibió tratamiento?

Form with checkboxes for various hospital and clinic locations.

5. ¿A dónde desea que enviemos la información? (Marque los recuadros a continuación):

Form with fields: El centro seleccionado arriba debe entregar mi historia clínica a: Nombre del destinatario, Teléfono del destinatario, Fax del destinatario, Dirección de correo electrónico del destinatario.

6. Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación (Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme):

Form with fields: Nombre del paciente o del representante personal, Relación, Firma del paciente o del representante personal, Fecha/Hora.

7. Envíe el formulario relleno a: Solamente por correo postal: en este centro no se reciben solicitudes en persona.

Form with address and contact information: 8500 SW 117 Ave/Road, 4th Floor/Box 7, Miami, FL 33183, Attn: Medical Records, E-mail, Fax, ¿Tiene alguna pregunta? 786-594-6400.

LA ORGANIZACIÓN SELECCIONADA ARRIBA reconoce el derecho del paciente según la ley HIPAA a acceder a su información médica. Quizá haya gastos asociados al procesamiento de una solicitud y la generación de los documentos solicitados.

