

REQUEST FOR RECORDS

Patient Name: _____ MRN: _____

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

Provide records from the following:

All TMC HealthCare **OR** Tucson Medical Center **OR** TMC Medical Network (Including TMCOne)

Provide records from the following timeframes:

From _____ to _____ **OR** All dates of service

The following is a specific description of which records are being requested: [Check all that apply]

- Discharge Summary History and Physical Exam Laboratory Results Imaging
 Billing/Payment Operative/Procedure Reports Emergency Room Records Images Only
 Provider Notes All records in specified time frame Other (Specify): _____
 Reports Only

For the above-specified date range, include information pertaining to: [Check all that apply]

- Mental Health Alcohol and/or Drug Abuse Communicable Diseases, including HIV and AIDS Other (Specify): _____

PURPOSE OF RECORD REQUEST: (Check applicable categories)

- At the request of the patient Other (Specify): _____

PROVISION OF RECORDS:

Recipient: [Check all that apply] Patient (Self) Other (3rd Party): _____

Form and format: [Check all that apply] TMC HealthCare Portal (MyChart)

Encrypted email: _____

*Unencrypted email: _____

**By electing to receive the requested records via unencrypted email, I acknowledge selection of an unsecured transmission method, and I release TMC HealthCare from all responsibility related to the potential interception, unauthorized disclosure, and/or unauthorized use of the transmitted information. Initials: _____*

By Mail: CD Paper Other (thumb drive, disk, etc.)

Mailing Address: _____

Completion of this **Request for Records** form does not guarantee approval of your request. TMC HealthCare will review the record request and will respond either by providing the requested records in the form and format indicated or by providing an explanation of denial within thirty (30) days from receipt of this request.

By signing below, I acknowledge that reasonable costs may apply to the labor, supply, and postage associated with providing the requested records per applicable Federal and State regulation. I also acknowledge that completion of this **Request for Records** does not constitute a HIPAA authorization.

PATIENT/LEGAL REP SIGNATURE:

DATE:

TIME

(If signed by someone other than the patient, state relationship with signature)

TMC HealthCare – Health Information Management Department

Address: 5301 E Grant Road, Tucson, AZ 85712 **Phone:** (520)324-5166 **Fax:** (520)324-1590

Email: tmc.medicalrecordsrequest@tmcaz.com **Website:** tmcaz.com/medical-records



Request for Records

HIM ROI Authorization



Check List Verified

Date:

Initials:

SOLICITUD DE EXPEDIENTES

Nombre del paciente: _____ Núm. de Expediente Médico (MRN): #: _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Teléfono (MRN): _____

Dirección: _____

Proporcionar los expedientes de las siguientes entidades:

Todo TMC HealthCare Tucson Medical Center TMC Medical Network (incluyendo TMCOne)

Proporcionar los expedientes de los siguientes periodos de tiempo:

Desde _____ a _____ Todas las fechas de servicio

A continuación, se describe específicamente la información de expedientes requeridos: [Marque lo correspondiente]

Resumen de Alta Historial y examen físico Resultados de laboratorio Imágenes médicas

Facturación/Pagos Reportes de operaciones o procedimientos Reportes de sala de urgencias Solo Imágenes

Notas del proveedor de salud Expediente Completo de dichas fechas Solo reportes

Otro(Especifique): _____

Para los periodos de tiempo especificados anteriormente, incluir la información tocante a:

[Marque todo lo que corresponda]

Salud Mental Abuso de alcohol y/o drogas Enfermedades contagiosas, incluso VIH y SIDA

Otro (Especifique): _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE EXPEDIENTE: (Marque las categorías correspondientes)

A petición del paciente Otro (Especifique): _____

PROVISIÓN DE EXPEDIENTES:

Receptor: [Marque todo lo que corresponda] Paciente (Mismo) Otro (3^{era} Parte): _____

Formulario y formato: [Marque todo lo que corresponda] (MyChart) Portal de TMC

Correo electrónico cifrado: _____

Correo electrónico sin cifrar*: _____

**Estoy enterado de que, si elijo recibir los expedientes solicitados por vía de correo electrónico sin cifrar, estoy seleccionando un método de transmisión no asegurada y que eximo a TMC HealthCare de toda responsabilidad relacionada con la potencial interceptación, exposición no autorizada de la información y uso no autorizado de la información transmitida. Iniciales: _____*

Por correo: Disco Compacto Papel Otro (dispositivo de memoria, disco, etc.)

Dirección postal: _____

El llenado de este formulario para **Solicitud de Expedientes** no garantiza que se apruebe su petición. TMC HealthCare revisará la solicitud de expedientes y responderá ya sea proporcionando los expedientes solicitados en el formulario y formato indicados o dando una explicación de la negativa dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud.

Al firmar a continuación, me doy por enterado que puede haber un cargo monetario razonable por manejo, materiales y gasto postal asociado con la provisión de los expedientes solicitados conforme a la reglamentación federal y estatal aplicable. Me doy además por enterado que el llenado de esta **Solicitud de Expedientes** no constituye autorización respecto a la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA por sus siglas en inglés).

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL: FECHA: HORA:

(Si la firma es de persona distinta al paciente, escriba junto a la firma la relación que tiene con el paciente)

TMC HealthCare - Health Information Management Department
Dirección: 5301 E Grant Road, Tucson, AZ 85712 Teléfono: (520) 324-5166 Fax: (520) 324-1590 Correo electrónico: tmc.medicalrecordsrequest@tmcaz.com Sitio web: tmcaz.com/medical-records



Request for Records

Check List: Verified

Date:

Initials:

HIM ROI Authorization



MR-6882SP (06/21)