

# REQUEST TO RELEASE RECORDS TO PATIENT

TO: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
DOCTOR, CLINIC, HOSPITAL, ETC.

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

I, \_\_\_\_\_ hereby request you to release the complete medical records and/or information in your possession concerning the illness and/or treatment during the period from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

I understand that I have a legal right to my records under Assembly Bill 610, effective January 1, 1983. I also understand that I must compensate \_\_\_\_\_ reasonable costs of having the records duplicated, and that within 15 days from the above date the records must be transmitted to me.  
DOCTOR, CLINIC, HOSPITAL, ETC.

Signed: \_\_\_\_\_

Patient    Spouse    Parent    Guardian

# SOLICITUD PARA ENTREGAR LOS DOCUMENTOS AL PACIENTE

A: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
MEDICO, CLINICA, HOSPITAL, ETC.

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ le solicito a usted entregar por completo los documentos médicos en archivo y cualquiera otra información que tenga con respecto a la enfermedad y/o tratamiento durante el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo el derecho legal a mis documentos bajo el "Proyecto de Ley 610 de la Asamblea" que tomó efecto el 1 de enero de 1983. También entiendo que tengo que pagar a \_\_\_\_\_,  
MEDICO, CLINICA, HOSPITAL, ETC.

los costos equitativos para la duplicación de los documentos, y que dentro de 15 días de la fecha citada deben de ser entregados a mí.

Firmado: \_\_\_\_\_

- Paciente     Esposo     Padre     Guardián