



# Authorization to Obtain Medical Information

If you need your previous doctor, hospital or clinic to send your medical records to HealthNet, please fill out this form.

### I give HealthNet consent to obtain the medical records of:

Last name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Last 4 digits of Social Security # \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_

### I give HealthNet consent to obtain these medical records from:

Provider Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

With the following information from: this date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

- Provider notes     Billing records     Labs/X-Ray     Ultrasound     Immunizations (Shots)
- Other tests/records \_\_\_\_\_     Consultations     Entire medical record

### Special Consent Section: (Per IC-16-39-2. This special permission is valid for 180 days.)

- Behavioral Health/Counseling records     Communicable disease testing (like STIs)
- HIV results     Genetic records     Alcohol, drug, or substance abuse records

Method requested (check one):     Paper     Fax     Verbal

E-Delivery (secure link) Email: [medical.records@indyhealthnet.org](mailto:medical.records@indyhealthnet.org)

### I give my consent for the organization listed above to release my medical records as described above and I know:

1. If my record contains any highly private information like HIV tests or counseling records, I must check the correct box(es) above to release these sections.
2. To stop the release of this information, I must write a letter to the address above. Canceling the release will not apply to records that have already been sent.
3. This authorization will expire in 60 days unless I state a different date here: \_\_\_\_\_
4. The person/organization that receives my records may not have to follow federal privacy laws. Once my records are released, the releasing organization no longer has control over what that person/organization does with my records.
5. I understand that I will be treated even if I do not sign this form.
6. I must completely fill out this form for the above organization to release my records.
7. If I request an electronic format, I can receive my medical records on a CD or E-Delivery.

Printed name of person completing form \_\_\_\_\_

Signature of Patient/Legal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

**STAFF USE ONLY:**

Please write the name of the HealthNet Provider requesting the records:

\_\_\_\_\_

**Send my records to:**  
 HealthNet  
 Health Information Department  
 2855 N Keystone Ave Suite 120  
 Indianapolis IN 46218  
 Fax 317-275-3644  
 Email: [medical.records@indyhealthnet.org](mailto:medical.records@indyhealthnet.org)  
 Phone: 317-975-2000

Staff Use Only: Received by:     Email     Fax     Mail     In Person \_\_\_\_\_ WITNESS



**Autorización para obtener información médica**

Si usted necesita que su médico anterior, hospital o clínica envíen sus registros médicos a HealthNet, por favor complete este formulario.

**Otorgo el consentimiento a HealthNet para tener acceso a los registros médicos de:**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del N.º Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

**Otorgo el consentimiento a HealthNet para tener acceso a los registros médicos de:**

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Con la siguiente información desde: esta fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

- Notas del proveedor
- Facturación
- Pruebas lab/Radiografías
- Ultrasonido
- Inmunizaciones (Vacunas)
- Otras pruebas/registros \_\_\_\_\_
- Consultas
- Historial médico completo

**Sección de consentimiento especial:** *(En cumplimiento del IC-16-39-2. El permiso especial es válido 180 días.)*

- Registros de salud conductual/consejería
- Pruebas de enfermedades transmisibles (como las ITS)
- Resultados del VIH
- Registros genéticos
- Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias

**Método solicitado (marque uno):**  Papel  CD/Formato Electrónico  Verbal

Entrega electrónica (enlace seguro) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para que la organización mencionada anteriormente divulgue mi historial médico según lo descrito anteriormente y sé que:**

1. Si mi historial contiene información altamente privada como pruebas de VIH o registros de asesoramiento, debo marcar la(s) casilla(s) correcta(s) arriba para divulgar estas secciones.
2. Para detener la divulgación de esta información, debo escribir una carta a la dirección anterior. La cancelación de la autorización no se aplicará a los registros que ya hayan sido enviados.
3. Esta autorización expirará en 60 días, a menos que indique una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_
4. Es posible que la persona/organización que reciba mis registros no tenga que cumplir con las leyes federales de privacidad. Una vez que mis expedientes son entregados, la organización que los entrega ya no tiene control sobre lo que esa persona/organización hace con mis expedientes.
5. Entiendo que seré tratado aunque no firme este formulario.
6. Debo rellenar completamente este formulario para que la organización mencionada pueda entregar mis registros.
7. Si solicito un formato electrónico, puedo recibir mi historial médico en un CD o en un envío electrónico

Nombre en letra de imprenta de la persona que rellena el formulario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante Legal      Fecha      Relación con el Paciente

**Enviar mis registros a:**

**STAFF USE ONLY:**  
**Please write the name of the HealthNet Provider requesting the records:**  
\_\_\_\_\_

HealthNet  
Health Information Department  
2855 N. Keystone Ave Suite 120  
Indianapolis, IN 46218  
Fax 317-275-3644  
Correo electrónico: [medical.records@indyhealthnet.org](mailto:medical.records@indyhealthnet.org)  
Teléfono: 317-975-2000

**Staff Use Only:** Received by:  Email  Fax  Mail  In Person \_\_\_\_\_ WITNESS