



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 OV ER RX
 VIS
 GROUP
 MOD #
 MED REC #

Request for Records

Please Note: Per A.R.S. Section 12-2295 (B)(1), Cigna Medical Group does not reimburse providers for records provided for the continuation of care.

Patient Name _____ Medical Record # _____
 Address _____ Date of Birth _____
 _____ Social Security # _____
 Phone (Day) _____ Phone (evening) _____

I hereby authorized _____
 Name of Company, Hospital, Physician or Person(s) Authorized to Send Records

_____ Address _____ State _____ Zip Code _____

to send/release copies of medical records concerning the above named patient to:

_____, Cigna Medical Group
 Physician or Department

_____ Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

for the purpose of the Continuation of Care.

I hereby authorize the release of copies of any or all medical records and/or x-ray films that are in your possession. For the purpose hereof, "Medical Records" and "X-ray films" shall include all confidential HIV-related information (as defined in A.R.S. Section 36-661), confidential communicable disease-related information (as defined in A.R.S. Section 36-661), confidential alcohol or drug abuse-related information (as defined in 42 CFR Section 2.1 ET SEQ.), confidential mental health diagnosis/treatment information, and confidential genetic testing information (as defined in A.R.S. Section 12-2801).

Information to be sent:

Medical Record(s) The last two years of treatment.

X-ray film(s) _____
 Specify area and date

This consent will expire in ninety (90) days after the signed date below. I have given my consent freely, voluntarily and without coercion. I may revoke this authorization at any time, providing that I notify the authorized entity releasing my records in writing to that effect. I understand it is possible that the information in my medical records may be re-disclosed by the recipient to other parties. I understand that a photocopy of this authorization is considered acceptable in lieu of the original.

_____ Patient's Signature _____ Date _____

_____ Parent/Legally Authorized Representative _____ Date _____



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 OV ER RX
 VIS
 GROUP
 MOD #
 MED REC #

Request for Records

Please Note: Per A.R.S. Section 12-2295 (B)(1), Cigna Medical Group does not reimburse providers for records provided for the continuation of care.

Nombre del paciente _____ Expediente médico # _____
 Dirección _____ Fecha de nacimiento _____
 _____ Número de Seguro Social _____
 Teléfono (Día) _____ Teléfono (Noche) _____

Por la presente autorizo a _____
NOMBRE DE COMPAÑÍA, HOSPITAL, MÉDICO O PERSONA(S) AUTORIZADAS PARA EL ENVÍO DE EXPEDIENTES MÉDICOS.

DIRECCIÓN ESTADO CÓDIGO POSTAL

a enviar/ceder copias del expediente médico del paciente que se indica arriba a:

_____, Cigna Medical Group
MÉDICO O DEPARTAMENTO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Para el siguiente propósito Continuacion de Cuida.

Por la presente autorizo que se cedan las copias de cualquier expediente médico y/o radiografías que actualmente estén en su posesión. Para propósitos de este documento, "Expediente médico" y "radiografías" incluirá toda la información confidencial relacionada al VIH (como se define en el A.R.S., Sección 36-661), toda la información confidencial sobre enfermedades contagiosas (como se definen en el A.R.S., Sección 36-661), toda la información confidencial sobre alcoholismo o drogadicción (como se definen en el 42 CFR, Sección 2.1 ET SEQ.), toda la información confidencial sobre el diagnóstico/tratamiento de enfermedades mentales, y toda la información confidencial sobre pruebas genéticas (como se definen en el A.R.S., Sección 12-2801).

Información a ser enviada:

Expediente(s) médico(s) Copias del historia de los ultimos dos (2) años de tratamiento.

 Radiografía(s) _____

INDIQUE EL ÁREA Y LA FECHA

Esta autorización vencerá noventa (90) días después de la fecha en que se firmó, indicada abajo. Certifico que he dado mi consentimiento de forma libre, voluntaria, y sin coerción de ningún tipo. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando notifique a la entidad autorizada en forma escrita a tal efecto. Es estendido que es posible que la información de el despiciente puede ser desponible a otros por el recipiente de el despiciente. Entiendo además que una fotocopia de esta autorización se considera aceptable en substitución de la original.

FIRMA DE PACIENTE FECHA

PADRE O MADRE/REPRESENTANTE LEGAL FECHA