

**Internal Medicine Associates of Montgomery Village**  
**Drs. Balnath Bhandary , MD , Pradeep Srivastava, MD , Felipe Robinson ,MD.**  
**18550 Office Park Drive, Montgomery Village, MD 20860**  
**OFFICE (301) 330-2700 FAX (301) 990-7170**

**AUTHORIZATION/HIPPA RECORD RELEASE FORM**  
**Use and Disclosure of Protected Health Information (rev 052303)**

Nombre Del Paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento:

1. Persona autorizado para leer su expediente medico:
2. Relación al paciente :
3. Dirección y número de teléfono de la persona autorizada para recibir esta información:

**Por favor Inícialo su nombre**

1. Yo entiendo que si la persona recibiendo mi información no es parte de Doctor primario y también de me seguro medico. Por razones de privada la información que se da no está debajo de la ley de privacidad y tampoco privada.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

2. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización, en escrito; a cual quiere tiempo, menos si la persona ya ha recibido la información después de la fecha en cuando usted revoco la autorización.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Dejar mensajes :

1. Se puede dejar mensajes de recordar de su cita? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Podemos dejar recados de su cuenta O información medica en su teléfono? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Yo doy permiso que tenga acceso a mi expediente medico con esta persona? :

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente (Padre / Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha