

Patient/Client Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Si usted es una persona individual, complete solo la Sección 9. Si usted es un abogado, complete solo la Sección 10.

- 9) Seleccione una de las siguientes opciones y complete 9.A-C: ☐ **Paciente/Cliente** ☐ **Progenitor del paciente/cliente** ☐ **DCS**
☐ **Representante personal del patrimonio** - Cartas de Administración/Testamentarias ☐ **Representante personal legal** - Poder notarial
☐ **Tutor/Curador legal** - Orden judicial o Cartas de Tutela/Curatela ☐ **Médico forense** ☐ **Cumplimiento de la ley** - # de placa _____.

A) Información del solicitante. (El paciente/cliente no completa la 9A. Vaya a 9B y 9C.) _____ *Iniciales si podemos dejarle un mensaje en el*

Nombre completo del solicitante: _____ Teléfono: _____
Nombre Segundo nombre Apellido incluye el código de área

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Fax: _____
incluya el código de área

B) Proporcione una copia clara en color de una identificación con foto emitida por el gobierno (anverso y reverso):

Emitida por el Estado: ☐ Licencia de conducir/Permiso de porte de arma corta ☐ Identificación con foto

Emitida por el gobierno: ☐ Identificación militar ☐ Pasaporte ☐ Formulario I-766, EAD (Documento de Autorización de Empleo)

☐ Certificado de naturalización/ciudadanía de EE. UU. o tarjeta de identificación de ciudadanía ☐ Otro: _____

C) Firma.

Al firmar, declaro bajo pena de perjurio (28 U.S.C. § 1746) que la información anterior es veraz y que estoy legalmente autorizado(a) para obtener estos registros.

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA



Su solicitud está completa. Envíe las páginas 1 a 3, junto con los documentos requeridos arriba.

10) Attorney with legal authority. Complete sections A and B below. *HCG reserves the right to reject documents that fail to establish an attorney's authority to obtain PHI to include highly confidential information, such as Part 2 records.*

A) Select and provide the required documentation. I am

☐ **Personal Representative of Estate** – Letters of Administration/Testamentary

☐ **Legal Personal Representative** – POA

☐ **Guardian/Conservator** – Court Order or Letters of Guardianship/Conservatorship

☐ **Attorney for the duly appointed Personal Representative** – Letters of Administration/Testamentary

☐ **Attorney for Patient/Client/Representative** – HIPAA authorization signed by patient/client and a government ID with signature

Docket No. _____, in the matter of _____ v. _____ In (select one):

☐ Circuit Court ☐ Chancery Court for _____ County, TN ☐ Other Court: _____

B) The Attorney's Signature is Required. Pursuant to 28 U.S. Code § 1746, I hereby declare under penalty of perjury that, as indicated above, I am the authorized representative of the patient/client/legal representative and have legal authority to obtain these records. I attest that my client's signature on any submitted form is valid.

Attorney's Printed Name: _____ Office Phone: _____
Include area code

Mailing Address: _____ Email: _____

Attorney's Signature: _____ BPR No. _____ Date: _____
MM/DD/AAAA

Notice to Attorneys: If you plan to submit a Court Order, whether in lieu of, or in addition to this form, you may contact the HIPAA Privacy Officer who can assist you in assessing whether your order comports with both HIPAA and *Tenn. Code Ann. § 8-27-910*. **Please Note:** Court Orders that do not comply with both federal and State law may be subject to legal pleading, as determined appropriate by the Hamilton County Attorney's Office.



Your request is complete. Submit pages 1-3, along with the required documents from above.

Patient/Client Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Dónde presentar su Formulario Conjunto de Autorización para Registros Médicos/Gestión de Casos o para revocar su consentimiento (Aviso de Revocación)

Envíe su formulario completo de 3 páginas y los documentos requeridos al departamento que seleccionó en la Sección 4. La información de contacto del Oficial de Privacidad también figura a continuación.

Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Hamilton:

Hamilton County Emergency Medical Services (EMS)

3916 Volunteer Drive
Chattanooga, TN 37416-3817
Correo electrónico: EMSMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6900 / Fax: 423-209-6902

Tribunal de Recuperación de Drogas del Condado de Hamilton:

Hamilton County Drug Recovery Court

8395 Hickory Valley Road
Chattanooga, TN 37416
Teléfono: 423-209-7570

Facturación de Ambulancias del Condado de Hamilton:

Hamilton County Ambulance Billing

455 North Highland Park Avenue
Chattanooga, TN 37404-2016
Correo electrónico: AmbulanceBilling@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6363 / Fax: 423-209-6399

Tribunal de Salud Mental del Condado de Hamilton:

Hamilton County Mental Health Court

401 West MLK Blvd, Suite 3035
Chattanooga, TN 37402-1632
Teléfono: 423-209-6195

Departamento de Salud (HCHD):

Hamilton County Health Department

921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403-2102
Correo electrónico: HDMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-8209 / Fax: 423-209-8210

Tribunal de Tratamiento para Veteranos del Condado de Hamilton:

Hamilton County Veterans Treatment Court

401 West MLK Blvd, Suite 3035
Chattanooga, TN 37402-1632
Teléfono: 423-209-6195

Responsable de privacidad HIPAA del condado de Hamilton:

Hamilton County HIPAA Privacy Officer

Hamilton County Attorney's Office
625 Georgia Avenue, Room 204
Chattanooga, TN 37402-1956
Correo electrónico: HIPAA@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-5989 or 1-833-484-8671

Iniciativa de Reducción de la Reincidencia mediante Sentencias Alternativas del Condado de Hamilton (RRI):

Hamilton County Alternative Sentencing - Recidivism Reduction Initiative (RRI)

6215 Dayton Blvd
Hixson, TN 37343-2710
Teléfono: 423-209-8600 / Fax: 423-847-4829

HAMILTON COUNTY GOVERNMENT OFFICE USE ONLY.

(A) _____ Completed in my presence.
Initials

(B) _____ Identity verified by [method]: _____
Initials

(C) _____ I processed and completed this request for medical records.
Initials

Employee Signature: _____ Date: _____
MM/DD/YYYY

Interpreter Signature: _____ Date: _____
MM/DD/YYYY