



**MEDICAL RECORDS REQUEST / SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS**

Please complete form. Print, scan and submit to [M2@banyanhealth.org](mailto:M2@banyanhealth.org)  
Por favor complete el formulario. Imprima, escanee y envíe a

<b>Client Name/Nombre del cliente:</b> _____	<b>DOB/Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>SSN:</b> _____	<b>Phone/Teléfono:</b> _____	<b>Client ID/ ID de cliente:</b> _____
--	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--

**DATE OF REQUEST:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **REQUESTING RECORDS FOR:**  BEHAVIORAL  PRIMARY CARE  BOTH  
*FECHA DE SOLICITUD SOLICITANDO REGISTROS PARA: [COMPORTAMIENTO] [CUIDADO PRIMARIO] [AMBOS]*

**REQUESTER INFORMATION:**  SELF/ PERSONAL  OTHER/ OTRO  
*INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE*

**AGENCY NAME:** \_\_\_\_\_ **REQUESTER NAME:** \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DE LA AGENCIA NOMBRE DEL SOLICITANTE*

**ADDRESS/ DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CITY/ CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **STATE/ ESTADO:** \_\_\_\_\_

**ZIP:** \_\_\_\_\_ **EMAIL:** \_\_\_\_\_ **FAX:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DELIVERY OF RELEASE OF RECORDS:**  EMAIL  PAPER  FAX  
*ENTREGA DE LIBERACIÓN DE REGISTROS*

**SPECIFIC INFORMATION AND/OR DOCUMENTS/ INFORMACIÓN Y / O DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:**

TREATMENT SUMMARY  DISCHARGE SUMMARY  MEDICATION SHEET  
*RESUMEN DEL TRATAMIENTO RESUMEN DE DESCARGA HOJA DE MEDICACIÓN*

ASSESSMENT (SPECIFY): \_\_\_\_\_  
*EVALUACIÓN (ESPECIFICA)*

OTHER (SPECIFY): \_\_\_\_\_  
*OTRA (ESPECIFICA)*

ALL RECORDS (PROVIDE JUSTIFICATION): \_\_\_\_\_  
*TODOS LOS REGISTROS (JUSTIFICACIÓN)*

**INFORMATION RELEASED FOR THE PURPOSE OF / INFORMACIÓN PUBLICADA PARA EL PROPÓSITO DE:**

At the person served/personal representative/legal guardian's request  Legal purposes  
*A solicitud de la persona atendida / representante personal / tutor legal Propósitos legales*

Research (cannot be combine with any other type of request)  Disability determinations  
*Investigación (no se puede combinar con ningún otro tipo de solicitud) Determinaciones de discapacidad*

Continued medical care/aftercare / Atención médica continua / atención posterior

Other / Otra: \_\_\_\_\_

**Requester Name / Nombre solicitante:** \_\_\_\_\_  
 (Please Print) (Por favor imprimir)

**Requester Signature / Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_