

**INSTRUCTIONS for INFORMATION REQUEST - PATIENT AUTHORIZATION FORM**

*When picking up copies in person, a photo ID will be required as well as a copy of any legal papers (Power of Attorney, Executor of Estate, proof of custody, etc.) verifying legal right to request such information. The form may be used when requesting records to be SENT FROM a Saint Luke's facility or from another health care provider being SENT TO a Saint Luke's facility.*

**Mail completed form to the correct facility listed on last page where you received service.**

1. Complete the first section with **current patient name, date of birth, phone number, and address.**
2. **Request Information from:** List the HOSPITAL or CLINIC (PHYSICIAN) you are requesting information FROM. If it is a Saint Luke's hospital/clinic, the address is not necessary. Please specify **which Saint Luke's facility** you are requesting information from (ie: Plaza, South, Barry Rd, Smithville, Anderson, etc.)
3. **Information to be RELEASED from record:** Admit/Discharge Date: The approximate month and correct year will be accepted if the exact day/date is not known. Use a range of dates if information is being requested from more than one admission or time period (ie: copies of documents from January 2002 through March 2003 or Months of April through July 2002).
4. **Type of document requested:** Mark all documents you would like to receive. An abstract version may be provided which would include all diagnostic (lab, x-ray, EKG, etc.) and typed physician reports. This is generally what most other Health care providers like to have.

**Radiology or Other Film/CD:** X-ray films are NOT kept in the HIM (Medical Records) department. If this is all that is being requested, send the authorization form to the appropriate department (Radiology, Cardiovascular Services - Heart Institute, etc.) at the appropriate facility.

- **Films/CD only Request:** (if received by the HIM department) HIM will fax to appropriate department
- **Films/CD and Record Request:**

- ⌚ **Non-physically challenged customer:** Copies of medical record will be picked up first and HIM will contact other department to inform customer is on their way over.
  - ⌚ **Physically challenged customer:** HIM will provide copies of medical record and will contact other department for additional films/media. The other department will bring films/media down to HIM for the customer.
5. **Reason for Requesting Info:** Why do you want this information copied or sent? (ie: personal copy, continuation of care by a physician, insurance claim, legal issues, etc.)
  6. **Release To:** If the copies are for personal reasons and you are picking them up - state "Self". If "Self" and the address is the same as the top section, this can be left blank and indicate "same". If the records are being picked up by another person or mailed, please provide the complete name and address of the person/agency/etc. you would like us to give/send the copies to.
  7. **Patient Signature:** Patient should sign and date the form. If the patient is unable to sign, see below.
  8. **Authorized Representative:** If the request is being made by an authorized representative of the patient (parent of a minor, person named on Power of Attorney, executor of estate, etc.), sign and date the form. Provide printed name, address, etc. Proof of authorization will be required before releasing information.
  9. **Witness Signature:** A witness may sign and date the form in the event that the patient can only make an X or has given verbal permission.
  10. **Expiration Date:** Any date not to exceed 12 months from the date of the request may be used to indicate the active state of this authorization. If no date is provided, the authorization will only be valid for 90 days from the date of signature/request as per SLHS policy.

***Please contact the HIM (Medical Records) department if you have any further questions.***  
**(see last page for information)**

**INSTRUCCIONES para SOLICITUD DE INFORMACIÓN: FORMULARIO  
DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

*Cuando recoja las copias en persona, se le pedirá una identificación con fotografía y una copia de cualquier documento legal (Poder legal, albacea testamentario, prueba de custodia, etc.) que verifique su derecho legal a solicitar dicha información. Se puede usar el formulario cuando solicite que se envíen registros DESDE un establecimiento de Saint Luke's o cuando desde otro proveedor de servicios de salud envíen registros A un establecimiento de Saint Luke's.*

**ENVIAR POR CORREO LA FORMA COMPLETA A LA LOCALIDAD DONDE RECIBE USTED SERVICIO. LISTA DE LOCALIDADES SE ENCUENTRA AL REVERSO DE ESTA PAGINA.**

1. Llene la primera sección con el nombre del paciente, fecha de nacimiento, número telefónico y dirección actuales.
2. Solicitar información de: Haga una lista del HOSPITAL o CLÍNICA (MÉDICO) al cual le está solicitando información. Si es un hospital o clínica de Saint Luke's, la dirección no es necesaria. Especifique a cuál establecimiento de Saint Luke's le está solicitando información (por ejemplo: Plaza, South, Barry Rd, Smithville, Anderson, etc.)
3. Información a DIVULGAR de un registro: Fecha de admisión o de alta: Se aceptará el mes aproximado y año exacto si no se conoce el día o la fecha exacta. Use un rango de fechas si la información que solicita corresponde a más de una admisión o a un período de tiempo (ejemplo: copias de documentos desde enero del 2002 hasta marzo del 2003 o los meses de abril a julio del 2002).
4. Tipo de documento solicitado: Marque todos los documentos que quisiera recibir. Es posible que se le proporcione una versión resumida la cual incluirá todos los diagnósticos (exámenes de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas, etc.) y los informes escritos por el médico. Generalmente, esto es lo que a la mayoría de los otros proveedores de servicios de salud les gusta tener.

Radiología u otras películas/CD: Las radiografías NO se guardan en el Departamento HIM (Registros médicos). Si esto es todo lo que va solicitar, envíe el formulario de autorización al departamento correspondiente (Radiología, Servicios Cardiovasculares, Heart Institute, etc.) en el establecimiento que corresponda.

- Solicitud sólo de películas/CD: (si lo recibió el departamento HIM) HIM lo enviará al departamento correspondiente por fax

- Solicitud de películas/CD y registros:

Cliente sin discapacidad física: Se recogerán primero las copias del registro médico y HIM se comunicará con los otros departamentos para informar que el cliente va en camino.

Cliente con discapacidades físicas: HIM le entregará las copias del registro médico y se comunicará con los otros departamentos para obtener las películas o los medios adicionales. El otro departamento traerá a HIM las películas o medios para el cliente.

5. Razón para solicitar información: ¿Por qué desea que se copie o envíe esta información? (ejemplo: copia personal, continuación de la atención realizada por un médico, reclamación del seguro, asuntos legales, etc.)
6. Divulgar a: Si necesita las copias por razones personales y se las está llevando, coloque "yo mismo". Si "yo mismo" y la dirección son los mismos que en la sección superior, se puede dejar en blanco y señalar "el mismo". Si otra persona viene a recoger los registros o si estos se envían por correo, entregue el nombre y dirección completos de la persona, organismo, etc. a la que desea que enviemos las copias.
7. Firma del paciente: El paciente debe firmar y fechar el formulario. Si el paciente está inhabilitado para firmar, consulte más adelante.
8. Representante autorizado: Si un representante autorizado del paciente (padre de un menor de edad, persona nombrada con poder legal, albacea testamentario, etc.) hace la solicitud, firme y feche el formulario. Entregue el nombre y la dirección en letra de imprenta, etc. Se exigirá la prueba de la autorización antes de entregar la información.
9. Firma del testigo: Un testigo puede firmar y fechar el formulario en el caso de que el paciente sólo pueda hacer una X o si ha dado permiso oral.
10. Fecha de vencimiento: Cualquier fecha que no exceda los 12 meses desde la fecha de la solicitud se puede usar para indicar el estado activo de esta autorización. Si no se da una fecha, la autorización será válida sólo por 90 días a partir de la fecha de la firma/solicitud según la política de SLHS.

***Comuníquese con el Departamento HIM (Registros médicos) si tiene más preguntas.***

**(VER ÚLTIMA PÁGINA PARA MÁS INFORMACIÓN)**

## AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION FORMS

**HOSPITALS: Please mail completed form to the entity listed below where service was provided.**

(All metro area hospitals are processed through the centralized Plaza location.)

**Saint Luke's Cancer Institute, Saint Luke's East Lee's Summit, Saint Luke's Hospital, Saint Luke's Northlands, Saint Luke's South, and Cushing Memorial Hospital**

***Mail completed authorization request form for the above 6 facilities to:***

**Saint Luke's Hospital** Attn: ROI - (mailing) 4401 Wornall Rd., Kansas City, MO 64111  
816-932-2860 (toll free: 877-319-7626) (physical) 4200 Broadway, Kansas City, MO 64111  
OR, you can scan and send as an e-mail attachment to [roi@saint-lukes.org](mailto:roi@saint-lukes.org)

**Please mail completed authorization form to the entity listed below where service was provided.**

**Anderson County Hospital**

Attn: HIM Dept.  
421 S. Maple Street  
Garnett, KS 66032  
785-204-4012

**Crittenton Children's Center**

Attn: HIM Dept.  
10918 Elm  
Kansas City, MO 64134  
816-767-4362

**Hedrick Medical Center**

Attn: HIM Dept.  
100 Central St.  
Chillicothe, MO 64601  
660-646-1480

**Wright Memorial Hospital**

Attn: HIM Dept  
701 E. First Street  
Trenton, MO 64683  
660-359-5621 x113

**CLINICS: Please mail completed authorization form to the entity listed below where service was provided.**

**Cabot Westside Clinic**

Attn: Medical Records  
2121 Summit  
Kansas City, MO 64108  
816-471-0900 x225

**Saint Luke's Women's Care Center**

(Plaza)  
Attn: Medical Records  
4320 Wornall Rd., Suite 336  
Kansas City, MO 64111  
816-932-6100

**Saint Luke's South Primary Care**

Attn: Medical Records  
12330 Metcalf, Suite 400  
Overland Park, KS 66213  
913-317-7990

**Crittenton Blue Springs**

**Outpatient Clinic**  
Attn: Medical Records  
1932 NW Copper Oaks Cir.  
Blue Springs, MO 64015  
816-228-9811

**Saint Luke's Internal Medicine**

(Plaza)  
Attn: Medical Records  
4321 Washington, Suite 3000  
Kansas City, MO 64111  
816-932-3100

**Saint Luke's Surgical Specialists**

Attn: Medical Records  
4320 Wornall Rd., Suite 240  
Kansas City, MO 64111  
816-932-7900

**Cushing Care for Women**

Attn: Medical Records  
1001 6<sup>th</sup> Ave. Suite 230  
Leavenworth, KS 66048  
913-651-2163

**Saint Luke's Medical – Barry Rd**

Attn: Medical Records  
5844 N.W. Barry Rd., Suite 110  
Kansas City, MO 64154  
816-880-6100

**Saint Luke's Medical – Platte City**

Attn: Medical Records  
700 Branch St., Suite 1  
P.O. Box 1341  
Platte City, MO 64079  
816-858-4600

**Cushing Family Care**

Attn: Medical Records  
1001 6<sup>th</sup> Ave. Suite 320  
Leavenworth, KS 66048  
913-651-6565

**Saint Luke's Medical Clinton**

Attn: Medical Records  
603 Gaines Dr.  
Clinton, MO 64735  
660-885-8141

**Saint Luke's Medical – Southridge**

Attn: Medical Records  
12541 Foster, Suite 300  
Overland Park, KS 66213  
913-317-3200

**Multi-Specialty Clinic** (Plaza)

Attn: Medical Records  
4320 Wornall Rd., Suite 65  
Kansas City, MO 64111  
816-932-6100

**Saint Luke's Medical – Smithville**

Attn: Medical Records  
601 So. 169 Highway  
Smithville, MO 64089  
816-532-3999

**Specialists in Cancer Care**

Attn: Medical Records  
4321 Washington, Suite 4000  
Medical Plaza III  
Kansas City, MO 64111  
816-932-6855

**Saint Luke's Family Care** (Plaza)

Attn: Medical Records  
4620 J.C. Nichols Parkway, Suite 405  
Kansas City, MO 64111  
816-960-0300

**Saint Luke's Medical Group – Lee's Summit**

Attn: Medical Records  
20 NE Saint Luke's Blvd.  
Lee's Summit, MO 64086  
816-347-5100

**St. Luke's Imaging Center**

Attn: Medical Records  
4321 Washington, Suite 1400  
Kansas City, MO 64111  
816-561-5858