

# How to obtain your medical records:

To obtain copies of your medical records, please complete one of the following steps:

A. Complete the request form electronically on the Williamson Medical Center website. To access the form:

- Go to [www.williamsonmedicalcenter.org](http://www.williamsonmedicalcenter.org)
- Click “Patients and Visitors” then “Patient Information”.
- You can complete and sign the form electronically.

B. Complete the attached form and submit by fax, mail or email.

- Fax: 615-780-9866
- Email: [request@medicopy.net](mailto:request@medicopy.net)
- Mail: MediCopy Services, Inc.  
8 City Blvd., Ste. 400  
Nashville, TN 37209

- Delivery options include Email, Fax, Pick-Up at MediCopy offices or Mail.

**Note:** Medical Records are not available for pick-up at the hospital. You may visit the HIM Department at 1106 Elliston Way, Ste. 203 Thompson Station, TN 37179 or call our office at 615-435-5750 for assistance.

- If you need radiology images and reports, please go to Radiology.
- If you need a copy of your billing, please go to the Cashier.



## MediCopy Authorization for the Release of Medical Records

### Where are the records being released from?

Facility Name:	Provider Name(s):	
Address:	City:	State:

### Tell us about the patient.

Name:	DOB:	SSN: XXX-XX-
Email:		
Address:		
City:	State:	Zip:
Phone#:	Fax#:	

### Where are we sending the records?

Name:		
Email:		
Address:		
City:	State:	Zip:
Phone#:	Fax#:	

### What would you like released? Check all that apply.

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> All Records           | <input type="checkbox"/> Office/Clinic Notes | <input type="checkbox"/> Operative Reports    | <input type="checkbox"/> Psychological/Psychiatric, if any |
| <input type="checkbox"/> Lab/Pathology Results | <input type="checkbox"/> Radiology Reports   | <input type="checkbox"/> Immunization Records | <input type="checkbox"/> Substance Abuse, if any           |
| <input type="checkbox"/> Dates _____ to _____  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Other _____           |  |   |  |

If you do not want certain portions of your medical records released, please check the categories listed below you would like excluded.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Substance Abuse, if any | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV/STDs, if any | <input type="checkbox"/> Psychological/Psychiatric conditions, if any |
|--|--|---|

### Purpose of Disclosure: Why are we sending the records?

- |                                       |   |                                    |   |  |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personal Use | <input type="checkbox"/> Litigation/Legal | <input type="checkbox"/> Insurance | <input type="checkbox"/> Continuation of Care | <input type="checkbox"/> Transfer to New Physician |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|--|

### Delivery Method: How would you like the records sent?

- |                                |                              |  |   |
|--------------------------------|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Pick-up at MediCopy | <input type="checkbox"/> Postage (additional fee applies) |
|--------------------------------|------------------------------|--|---|

### Patient's Signature

I hereby authorize MediCopy and its affiliates to release or disclose to the person(s) or organization listed above, all medical records requested, including any specially protected records such as those relating to psychological or psychiatric impairments, drug abuse, alcoholism, sickle cell anemia or HIV infection, *unless otherwise noted*. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the recipient listed above and will no longer be protected by federal regulations. I understand I can refuse to sign this authorization and my healthcare provider may not condition treatment on my signing this authorization.

Patient's Signature:	Date:
----------------------	-------

Relationship to patient:

## Autorización para la Divulgación de Registros Médicos

¿Dónde están los registros procedentes de?

Facilidad / El nombre del médico :

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: XXX-XX-\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

¿Dónde estamos enviando los registros?

Nombre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

¿Qué te gustaría lanzado?

### Categorías Específicas

Todos los Registros    Notas Clínicas    Radiología    Informes Operativos    Laboratorios    Vacunas

Fechas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_    Otro \_\_\_\_\_

Si no desea que ciertas partes de su historia clínica publicadas, por favor marque las categorías que figuran a continuación que le gustaría excluir.

Abuso de Sustancias, en su caso    SIDA/VIH/ETS, en su caso    Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas, en su caso

¿Por qué estamos enviando los registros?

### Propósito de la Divulgación

Uso Personal    Litigio/Legal    Seguro    Transferencia de la Atención (últimos dos años se ha enviado a un médico sin costo)

HIPAA por 45 CFR 164.524, se le puede cobrar una tarifa razonable para la reproducción de los registros médicos.

Las tarifas no son reembolsables una vez que se prestan los servicios. El pago es debido en la recepción de la factura.

¿Cómo le gustaría a los registros enviados?

### Método de Entrega

Email    Fax    Recoger    Franqueo  (se aplica una tarifa adicional)

### La Firma del Paciente

Por la presente autorizo a MediCopy y sus afiliados a divulgar o divulgar a la (s) persona (s) u organización mencionada anteriormente, todos los registros médicos solicitados, incluidos los registros especialmente protegidos, como aquellos relacionados con impedimentos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme o infección por VIH, a menos que se indique lo. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no afectará la información publicada antes de la cancelación de la notificación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario mencionado anteriormente y ya no estará protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorización.

**La Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_