



Pediatric Providers

4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208

Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 Email: admin@pediatricproviders.com

PERMISSION TO SHARE HEALTH INFORMATION

This form authorizes Pediatric Providers to request your child's health information from another provider. Completing all sections ensures records are routed correctly. This form complies with HIPAA and Maryland state law.

SECTION 1 — PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Full Name	Date of Birth	Medical Record #
-------------------	---------------	------------------

SECTION 2 — REQUESTING PROVIDER (Records being requested BY this office) / PROVEEDOR SOLICITANTE (Registros solicitados POR esta oficina)

This section identifies the office requesting the records. It is pre-filled for your convenience — please verify accuracy.

Name of Practice Pediatric Providers	Provider Name (if applicable)
Address 4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208	Phone / Fax / Email Phone: 410-484-9950 Fax: 410-484-9953 admin@pediatricproviders.com

SECTION 3 — SENDING PROVIDER (Records to be sent FROM this provider/facility) / PROVEEDOR REMITENTE (Registros a enviar DE este proveedor/centro)

Please complete all contact information for the provider or facility that holds the records we are requesting.

Name of Practice / Facility	Provider Name (if applicable)
Address	City / State / Zip
Phone	Fax

SECTION 4 — REASON FOR REQUEST (Check all that apply) / MOTIVO DE LA SOLICITUD (Marque todo lo que aplique)

☐ New Patient — Establishing Care / ☐ Paciente nuevo — Establecer atención	☐ Referral to Specialist / ☐ Referencia a especialista	☐ Continuity of Care / Ongoing Treatment / ☐ Continuidad de atención / Tratamiento continuo
☐ Prior Records / History Review / ☐ Registros previos / Revisión de historial	☐ School / Daycare Requirement / ☐ Requisito escolar / de guardería	☐ Legal / Court Order / ☐ Orden legal / judicial
☐ Personal / Patient Copy / ☐ Copia personal del paciente	☐ Hospital / Emergency Follow-Up / ☐ Seguimiento hospitalario / de emergencia	☐ Other/ Otro: _____

SECTION 5 — RECORDS REQUESTED (Check all that apply) / REGISTROS SOLICITADOS (Marque todo lo que aplique)

☐ Full Medical Record / ☐ Expediente médico completo	☐ Visit / Office Notes / ☐ Notas de visita / consulta	☐ Lab / Test Results / ☐ Resultados de laboratorio / exámenes
☐ Immunization Records / ☐ Registros de vacunación	☐ Referral Records / ☐ Registros de referencia	☐ X-Ray / Imaging Reports / ☐ Rayos X / Informes de imágenes
☐ Other/ Otro: _____		
Date Range of Records (if applicable)/ Rango de fechas de los registros (si aplica): From/Dr _____ To/A _____		

SECTION 6 — EXTRA-PROTECTED INFORMATION (Maryland Law — authorize only what applies) / INFORMACIÓN CON PROTECCIÓN ESPECIAL (Ley de Maryland — autorice solo lo que aplique)

Maryland law provides special protection for the following types of information. Check ONLY the boxes you wish to authorize. Unchecked items will NOT be released. / La ley de Maryland otorga protección especial a estos tipos de información. Marque SOLO las casillas que desea autorizar. Los elementos no marcados NO serán enviados.

☐ HIV/AIDS Information / ☐ Información sobre VIH/SIDA	☐ Mental Health Records / ☐ Registros de salud mental	☐ Drug / Alcohol Records / ☐ Registros de drogas / alcohol
☐ Reproductive Health / ☐ Salud reproductiva	☐ Genetic Information / ☐ Información genética	☐ Other Sensitive Information / ☐ Otra información sensible

SECTION 7 — EXPIRATION OF THIS AUTHORIZATION / VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN

☐ One year from date signed / ☐ Un año desde la fecha de firma	☐ Specific date/ Fecha específica: _____	☐ After event/ Después del evento: _____
--	---	---

SECTION 8 — YOUR RIGHTS / SUS DERECHOS

- You may revoke this authorization at any time in writing, unless the records have already been sent. - Once information is released, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by HIPAA. - Your child's care at Pediatric Providers will NOT be affected if you choose not to sign this form.	- Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo que los registros ya hayan sido enviados. - Una vez compartida la información, el receptor puede divulgarla y puede dejar de estar protegida por HIPAA. - La atención de su hijo/a en Pediatric Providers NO se verá afectada si decide no firmar este formulario.
--	--

SECTION 9 — SIGNATURE / FIRMA

Signature of Parent or Legal Guardian / Firma del padre, madre o tutor legal	Date / Fecha	Relationship to Patient / Relación con el paciente
Print Name / Nombre en letra de molde	Contact Phone Number / Número de teléfono de contacto	

For Office Use Only — Date Received:

Processed By:

Date Sent/Faxed:

Pediatric Providers | 4000 Old Court Road, Suite 205, Pikesville, MD 21208 | 410-484-9950 | Rev. 2025