

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Modelo sólo para fines de referencia. Los formularios tienen formato bilingüe para su conveniencia, pero deben llenarse y presentarse ante el tribunal en idioma inglés.**



**DISTRICT COURT OF MARYLAND FOR \_\_\_\_\_**  
**TRIBUNAL DE DISTRITO DE MARYLAND PARA \_\_\_\_\_**

City/County  
Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Case No. \_\_\_\_\_  
Ubicado en \_\_\_\_\_ Núm. de caso \_\_\_\_\_  
Court Address  
Dirección del tribunal

STATE OF MARYLAND  
ESTADO DE MARYLAND

VS. Defendant  
contra Demandado

Address  
Dirección

OR  
O

Plaintiff  
Demandante

City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

Telephone  
Teléfono

CC# \_\_\_\_\_  
CC# \_\_\_\_\_

**NOTICE TO \_\_\_\_\_**  
**NOTIFICACIÓN PARA \_\_\_\_\_**

Patient Name  
Nombre del paciente

**IN COMPLIANCE WITH § 4-306 OF THE HEALTH-GENERAL ARTICLE**  
**DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN § 4-306 DEL ARTÍCULO GENERAL DE SALUD**  
**ANNOTATED CODE OF MARYLAND**  
**CÓDIGO ANOTADO DE MARYLAND**

TAKE NOTE that the medical records regarding, \_\_\_\_\_, have been subpoenaed  
from \_\_\_\_\_ located at \_\_\_\_\_ pursuant to  
Healthcare Provider Healthcare Provider's Address  
the attached subpoena and § 4-306 of the Health - General Article, Annotated Code of Maryland. This subpoena  
 does or  does not (mark one) seek production of mental health records.

**TENGA EN CUENTA** que los registros médicos de \_\_\_\_\_ han sido citados por  
Nombre del paciente  
ubicado en \_\_\_\_\_ conforme a la  
Proveedor de atención médica Dirección del proveedor de atención médica  
citación adjunta y la sección § 4-306 del Artículo General de Salud del Código Anotado de Maryland. Esta citación  
busca o no busca (marcar una opción) el aporte de registros de salud mental.

Please examine these papers carefully. IF YOU HAVE ANY OBJECTION TO THE PRODUCTION OF THESE DOCUMENTS, YOU MUST FILE A MOTION FOR A PROTECTIVE ORDER OR A MOTION TO QUASH THE SUBPOENA ISSUED FOR THESE DOCUMENTS UNDER MARYLAND RULES 2-403, 2-510, OR 4-266 NO LATER THAN THIRTY (30) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. For example, a protective order may be granted if the records are not relevant to the issues in this case, the request unduly invades your privacy, or causes you specific harm.

**Examine estos documentos con cuidado. SI TIENE ALGUNA OBJECCIÓN SOBRE EL APORTE DE ESTOS DOCUMENTOS, DEBE PRESENTAR UNA PETICIÓN PARA OBTENER UNA ORDEN DE PROTECCIÓN O UNA PETICIÓN PARA ANULAR LA CITACIÓN EMITIDA PARA ESTOS DOCUMENTOS CONFORME A LAS REGLAS DE MARYLAND 2-403, 2-510, O 4-266 ANTES DE LOS TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES A LA FECHA EN LA QUE SE HAYA ENVIADO ESTA NOTIFICACIÓN.** Por ejemplo, es posible que se otorgue una orden de protección si los registros no son pertinentes a los asuntos de este caso, o si la solicitud invade excesivamente su privacidad o le causa un perjuicio concreto.

Attached to this form is a copy of the subpoena duces tecum (DC 4) issued for these records.  
En este formulario se adjunta una copia de la citación para aportar pruebas (DC 4) que se emitió para estos registros.  
If you believe you need further legal advice about this matter, you should consult your attorney.  
Si cree que necesita más asesoría legal sobre este asunto, debería consultarlo con su abogado.

Attorney  
Abogado

Law Firm  
Despacho de abogados

Attorney's Address  
Dirección del abogado

Attorney's Phone Number  
Número de teléfono del abogado

City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

Name of Party Represented  
Nombre de la parte que representa

**CERTIFICATE OF SERVICE**  
**CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN**

I HEREBY CERTIFY that a copy of the foregoing Notice, the subpoena duces tecum, and a copy of section HG § 4-306 was  sent by certified mail  mailed, first-class postage prepaid, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

POR EL PRESENTE CERTIFICO que se envió una copia de la notificación anterior, la citación para aportar pruebas, y una copia de la sección HG § 4-306 por correo certificado por correo postal de primera clase con franqueo prepago, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

to:

a:

Patient Name  
Nombre del paciente

Attorney Name  
Nombre del abogado

Address  
Dirección

Address  
Dirección

City, State, Zip  
Ciudad, Estado, Código Postal

City, State, Zip  
Ciudad, Estado, Código Postal

Attorney Name  
Nombre del abogado

Other  
Otro

Address  
Dirección

Address  
Dirección

City, State, Zip  
Ciudad, Estado, Código Postal

City, State, Zip  
Ciudad, Estado, Código Postal

Date  
Fecha

Signature of Party Serving/Attorney/Attorney Number  
Firma de la parte que realiza la entrega/del abogado/número del abogado

**30-DAY CERTIFICATION**  
**CERTIFICACIÓN DE 30 DÍAS**

I certify that  thirty (30) days have elapsed since the above notice was sent.  There has been no objection to the disclosure of the requested documents; or,  any objection has been resolved to permit disclosure of the requested documents.

Certifico que \_\_\_\_\_ han transcurrido (30) días desde que se envió la notificación que figura arriba. No ha habido ninguna objeción a la divulgación de los documentos solicitados; o, \_\_\_\_\_ se ha solucionado toda objeción para permitir la divulgación de los documentos requeridos.

Requesting Party Name  
Nombre de la parte que solicita

Requesting Party Signature  
Firma de la parte que solicita

Date  
Fecha

Do not complete 30-day certification until thirty (30) days after this Notice was mailed.  
No complete la certificación de 30 días hasta que hayan transcurrido treinta (30) días desde que se envió esta notificación.