



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER, DIVULGAR O REVISAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.
(AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

Nombre del Paciente: _____ No. de Seguro Social (ultimos 4 digitos): _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Servicio: _____ No. de Teléfono _____

Identificación Presentada: _____ Correo postal Email seguro

Recoger : papel CD Dirección de email: _____

Por medio de la presente autorizo a Orlando Health a usar y **divulgar a:** **u obtener de:** **o permitir la revisión:**

Nombre de institución o persona _____ Teléfono _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ENVIAR EXPEDIENTES (Nombre de institución o persona) _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

la siguiente información contenida en mi expediente médico acerca de mi hospitalización, cuidados y tratamiento (favor de poner sus iniciales):

___ Expediente completo	___ Todos los Resultados de Pruebas de Diagnóstico	___ Reporte(s) de Patología
___ Resumen del expediente	___ Consulta	___ Laboratorio Solamente
___ Expedientes de Terapia	___ Radiología Solamente	___ Otro (por favor especifique)
___ Nota(s) de Progreso	___ Reporte operatorio	

El propósito de la divulgación de esta información a petición del individuo es:

Seguro Acción Legal Continuación de Tratamiento Uso Personal
 Comunicación con el Paciente (Salud de Comportamiento) Otro (Por favor especifique) _____
 Ley de Licencia Familiar y Médica/formularios de discapacidad

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Comprendo que esta autorización cubre todos o cualquier parte de los expedientes indicados arriba, los cuales podrían incluir información psiquiátrica, y/o pruebas/asesoramiento genético, y/o de abuso de alcohol/drogas y/o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (AIDS según sus siglas en inglés), y/o podría incluir el resultado de una prueba de VIH (virus de inmunodeficiencia humano) (HIV según sus siglas en inglés) o el hecho de que se llevó a cabo una prueba de VIH. Específicamente autorizo que se divulgue la información según se ha indicado arriba al menos que esté marcado abajo con mis iniciales o en alguna otra forma sea exigido por la ley.

NO puede incluir información relacionada a (favor de poner sus iniciales):

___ HIV/AIDS ___ Salud Mental ___ Abuso de Drogas y/o Alcohol ___ Información Acerca de Pruebas/Asesoramiento Genético

Si yo no especifico un evento o condición de vencimiento, la autorización vencerá en un año. Comprendo que esta autorización es revocable al dar aviso por escrito a la oficina que tenga la autorización original, excepto al grado de acción ya tomada de acuerdo con esta autorización. Comprendo que mi información médica protegida que es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización podría estar sujeta a nueva divulgación por el receptor y que la privacidad de mi información médica protegida podría ya no estar protegida bajo la ley. También comprendo que Orlando Health no puede poner condiciones a la disposición de tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o la elegibilidad de beneficios en la disposición de esta autorización. Comprendo que yo recibiré una copia firmada de este formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal o Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____ Hora _____

Official Use Only: _____ Date: _____

Name of Person Releasing Information Name of Person Assisting with Review Number of pages copied _____

Deseo revocar esta autorización. Firma: _____ Fecha: _____

INTERPRETER ONLY

(Please Print)

Name: _____ Agency: _____

Telephone: _____ Language: _____