



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

OTORIZASYON POU PRAN, DIVILGE, OSWA GADE ENFÒMASYON MEDIKAL KI PWOTEJE (AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)

I. ENFÒMASYON SOU PASYAN AK DEMANDÈ A

Non Pasyan an: _____ Dat Nesans ____ / ____ / ____
 Adrès: _____ # Sekirite Sosyal (4 dènye chif yo) _____
 _____ Imèl: _____
 Non Demandè a: _____ # Telefòn: _____

II. MOUN/ETABLISMAN KI OTORIZE POU DIVILGE ENFÒMASYON MEDIKAL PWOTEJE YO:

Non: _____
 Adrès: _____
 Telefòn: _____
 Faks: _____

III. MOUN/ETABLISMAN KI OTORIZE POU JWENN ENFÒMASYON MEDIKAL PWOTEJE YO:

Non: _____ Telefòn: _____
 Adrès/ Imèl: _____
 Nimewo Faks: _____
 Pou Mandatè nan Pòtay Pasyan Sèlman: Dat Nesans: ____ / ____ / ____ Relasyon ak Pasyan an: _____

IV. DOSYE YO MANDE YO, AK METÒD POU BAY YO

Fòm Dosye yo: Papye Elektwonik (Imèl / CD - Tanpri Ansele) Gade Pòtay Pasyan an Sèlman oswa Aksè Total nan Pòtay Pasyan an
 Metòd pou bay yo: Lapòs Imèl Vin Chèche yo Faks (Etablisman Medikal Sèlman)
 Objektif Divilgasyon an: Asirans Legal Kontinye Tretman Itilizasyon Pèsonèl Lekòl
 Fòm Lwa sou Konje Familyal ak Medikal/Andikap Kominikasyon Pasyan (Sante Konpòtman)
 Lòt (Tanpri Presize): _____
 Peryòd Tan pou Dosye yo Mande yo: _____ pou rive _____ -OSWA- DOSYE KONPLÈ (Tout Dosye yo, Tout Dat yo)
 Ki Kalite Dosye: Rezime Dosye Lab Patoloji Radyoloji (CD) Radyoloji (Rapò) Dosye Terapi
 Dosye Pwogrè Konsiltasyon Operasyon Rezilta Tout Tès Dyagnostik yo Lòt (Tanpri, Presize): _____

PA gendwa gen ladan enfòmasyon ki gen rapò ak (tanpri mete inisyal ou):
 ____ VIH/SIDA ____ Sante Mantal ____ Abi Dwòg ak/oswa Alkòl ____ Enfòmasyon Counseling/Tès Jenetik
 Mwen konnen otorizasyon sa a aplike pou tout pati oswa pou nenpòt pati nan dosye yo ki masyonnen pi wo a, ki ka gen ladan enfòmasyon sikyatrik, ak/oswa counseling/tès jenetik, ak/oswa abi alkòl/dwòg, ak/oswa SIDA (Sendwòm Iminodefisyans Aki), e/oswa ka gen ladan rezilta yon tès VIH oswa enfòmasyon ke yo te fè yon tès VIH. Mwen dakò klèman pou yo divilge enfòmasyon yo jan li masyonnen pi wo a sof si mwen mete inisyal mwen anwo la a, oswa si lalwa egzije lòt bagay.
 Otorizasyon an ap ekspire nan dat, evènman oswa kondisyon annapre la yo: _____. Si mwen pa presize yon evènman oswa kondisyon pou ekspirasyon, otorizasyon an ap ekspire nan yon ane. Mwen konnen mwen ka anile otorizasyon sa a ak avi alekri ba biwo kote yo konsève otorizasyon orijinal la, sof pou aksyon yo gentan deja fè ak otorizasyon sa a. Mwen konnen enfòmasyon medikal pwoteje m yo ke yo itilize oswa kominike dapre otorizasyon sa a, kote ki resevwa yo a ka kominike yo yon lòt fwa ankò, epi konfidansyalite enfòmasyon medikal pwoteje mwen yo gendwa pa anba pwoteksyon lalwa ankò. Mwen konnen tou ke Orlando Health pa ka konsidere founiti otorizasyon sa a kòm yon kondisyon pou bay tretman, peman, enskripsyon nan plan sante oswa kalifikasyon pou benefis. Otorizasyon pou Manda nan Pòtay Pasyan an ap rete aktif jiskaske li anile. Mwen konnen mwen pral resevwa yon kopi fòm sa a ki siyen.

Siyati Pasyan/Gadyen Legal _____ Dat _____ Lè _____
 Mwen vle anile otorizasyon sa a. Siyati: _____ Dat: _____ Lè: _____

OFFICIAL USE ONLY:

Name _____ Date: _____ Releasing Information _____
 Number of Pages Copied: _____ ID Shown _____ Assisting with Review _____



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

OTORIZASYON POU PRAN, DIVILGE, OSWA GADE ENFOMASYON MEDIKAL KI PWOTEJE (AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

(Machaswiv pou jwenn, Divilge oswa Gade Enfòmasyon Medikal Pwoteje oubyen pou jwenn aksè nan Pòtay Pasyan.)

Enpòtan:

- 1. Tanpri**, li tout machaswiv ak enfòmasyon yo anvan ou ranpli ak siyen fòm lan.
- Frè:** Ka gen yon frè pou chak paj pou divilge dosye dirèkteman ba pasyan an oswa ba reprezantan otorize a. Pa gen frè pou divilge dosye pou kontinye swen (de founisè a founisè)
- Fòm Enkonplè:** Ka lakòz reta pou yo okipe de yo si yo pa ranpli sou fòm lan enfòmasyon ki nesèsè yo. Yo paka aksepte fòm ki pa konplè.

Machaswiv:

***Enfòmasyon sa yo pral ede w ranpli seksyon ki nesèsè yo sou fòm nan.
Tanpri tape oswa ekri ak lèt detache byen ak lè e konplètman otank posib.***

- **Seksyon I.** Mete enfòmasyon pasyan an ak non demandè a epi nimewo pou kontakte li.
- **Seksyon II.** Mete non moun, founisè, oswa etablisman ki responsab bay dosye medikal yo.
- **Seksyon III.** Mete non moun oswa non etablisman kote yo dwe voye dosye ke y ap bay yo.
 - **Kont Jesyon Fanmi:** Si y ap founi swen a yon manm fanmi w, oswa yon moun ou responsab, yon Kont Jesyon Fanmi otorize yon moun kominike avèk kont FollowMyHealth pasyan an.
 - Tanpri mete Dat Nesans epi ki Relasyon ak Pasyan an ke moun k ap resevwa aksè nan kont pòtay pasyan an genyen.
- **Seksyon IV.** Opsyon pou fòm dosye yo, metòd livrezon (vin chèche yo, lapòs, imèl, faks), objektif divilgasyon an, peryòd tan pou dosye yo, ak ki kalite dosye.

Kont Jesyon Fanmi –Lèt Enfòmasyon

- **Moun otorize minè (laj 0-10 an):** Nivo aksè sa se toujou Aksè Total. Aksè sa pèmèt paran an oubyen gadyen legal la gen aksè nan enfòmasyon medikal timoun nan.
- **Moun otorize jèn adilt (laj 11-17 an):** Aksè sa limite pou nenpòt nivo. Onfwa timoun nan janbe nan laj jèn adilt, yo pa pral antre mizajou dosye sante ankò nan kont FollowMyHealth timoun nan.
- **Moun otorize adilt (18 an ak pi gran):** Aksè sa pèmèt mari oswa madanm, timoun adilt, ak lòt moun jwenn aksè nan kont yon pasyan adilt. Li kapab **Aksè Total** oswa pou **Lekti Sèlman**, jan moun ki bay otorizasyon pou aksè a di.
- **Aksè Total:** Tout operasyon nan kont pasyan an.
- **Lekti Sèlman:** Moun ki otorize a ka gade kont pasyan an sèlman, men li paka fè ankenn chanjman onon pasyan an ni itilize eleman mesajri ki nan pòtay la.

Kesyon?

Pou Orlando Health: Kabinè Doktè (Physician Practices): (321) 841-3064

Pou Orlando Health: Etablisman Lopital la (Hospital Facilities): (321) 841-5450

Pou plis enfòmasyon sou sit entènèt nou an: www.orlandohealth.com/medicalrecords

OFFICIAL USE ONLY: IN-HOUSE COPIES

Name of Team Member delivering Records to Patient: _____

Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)

QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	Language: _____	Other: _____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person	Language: _____	Other: _____