



# ORLANDO HEALTH®

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

## DEMANN PASYAN POU ENFÒMASYON MEDIKAL PWOTEJE (DOSYE MEDIKAL) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

ENFÒMASYON SOU PASYAN AN:			
Prenon:		Inisyàl Dezyèm Prenon:	Siyati:
Dat nesans:	Telefòn:		Imèl:
Adrès:		Vil:	Eta: Zipkòd:
KIKOTE DOSYE W AP MANDE YO AP SÒTI?			
<b>LOPITAL</b> (tcheke ti kare ki apwopriye yo) <input type="checkbox"/> Arnold Palmer Hospital <input type="checkbox"/> Orlando Regional Medical Center <input type="checkbox"/> Bayfront Health <input type="checkbox"/> South Lake Hospital <input type="checkbox"/> Dr. P. Phillips Hospital <input type="checkbox"/> South Seminole Hospital <input type="checkbox"/> Health Central Hospital <input type="checkbox"/> St. Cloud Hospital <input type="checkbox"/> Horizon West Hospital <input type="checkbox"/> Winnie Palmer Hospital		<b>KABINÈ MEDSEN</b> (ekri enfòmasyon yo) Non Kabinè / Non Founisè a: Adrès: Telefòn/Faks:	
Lòt (ekri non ak adrès etablisman Orlando Health lan):			
KI DOSYE W AP MANDE?			
Dat Sèvis la(yo): _____ / _____ / _____ jiska _____ / _____ / _____			
<input type="checkbox"/> Rezime (Tout Nòt ak Rezilta Dyagnostik) <input type="checkbox"/> Istwa ak Nòt Egzamen Fizik <input type="checkbox"/> Rezilta Laboratwa <input type="checkbox"/> Nòt Konsiltasyon yo <input type="checkbox"/> Nòt Pwogrè <input type="checkbox"/> Rezilta Patoloji <input type="checkbox"/> Rapò Egzeyat <input type="checkbox"/> Nòt Operasyon/Pwosedi <input type="checkbox"/> Rapò Radyoloji (CT, MRI, Radyografi, eksetera) <input type="checkbox"/> Nòt Sèvis Dijans yo <input type="checkbox"/> Nòt Terapi <input type="checkbox"/> Imaj Radyoloji (DICOM - CD / DVD)			
<input type="checkbox"/> Lòt (tanpri bay presizyon): _____ Mwen konprann enfòmasyon medikal ki pwoteje ki site anwo a ka gen ladan sante mantal, abi sibstans (pa egzanp, dwòg, alkòl) enfòmasyon sou eta VIH/SIDA, dosye dyagnostik ak tretman.			
KI JAN OU VLE YO LIVRE DOSYE YO?			
<b>Livrezon Elektwonik:</b> <input type="checkbox"/> MyChart (Pòtay Pasyan) <input type="checkbox"/> Imèl an Sekirite (kripte, limit gwosè) <input type="checkbox"/> Faks (Etablisman Medikal sèlman)		<b>Livrezon pa Lapòs:</b> <input type="checkbox"/> Papye (ka gen frè ki aplike) <input type="checkbox"/> Elektwonik (CD/DVD) <input type="checkbox"/> Kle USB (gen frè ki aplike)	
<b>Vin Pran yo An pèsòn:</b> <input type="checkbox"/> Papye (ka gen frè ki aplike) <input type="checkbox"/> Elektwonik (Ansèkle: CD/DVD oswa Kle USB) <i>Anplasan san randevou yo endike nan: <a href="http://www.orlandohealth.com/medicalrecords">www.orlandohealth.com/medicalrecords</a></i>			
BA KIYÈS OU VLE YO VOYE DOSYE YO?			
Orlando Health dwe founi dosye mwen yo ba: <input type="checkbox"/> <b>Mwenmenm</b> -OSWA- <input type="checkbox"/> <b>Reprezantan Pèsònèl</b> -OSWA- <input type="checkbox"/> <b>Yon Lòt Pati</b> (site li anba a)			
Non Benefisyè a (si se pa pwòp tèt ou):		Telefòn:	
		Faks (Etablisman Medikal sèlman):	
Adrès Postal oswa Adrès Imèl Benefisyè a:			
TANPRI EKRI NON OU AK LÈT DETACHE EPI SIYEN ANBA A			
Non Pasyan oswa Reprezantan Pèsònèl (tanpri, ekri ak lèt detache):		Relasyon ak Pasyan an (tanpri, ekri ak lèt detache):	
Siyati Pasyan oswa Reprezantan Pèsònèl:		Dat/Lè:	Dat Ekspirasyon (ochwa):
SOMÈT FÒM KI RANPLI A:			
Pa Lapòs: 3090 Caruso Ct, Suite 50 MP69, Orlando, FL 32806		Faks: (321) 843-6411	
Anplasan pou depoze fòm lan endike nan <a href="http://www.orlandohealth.com/medicalrecords">www.orlandohealth.com/medicalrecords</a>		E-Mail: <a href="mailto:medicalrecords@orlandohealth.com">medicalrecords@orlandohealth.com</a>	



**ORLANDO HEALTH®**

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

**DEMANN PASYAN POU ENFÒMASYON MEDIKAL PWOTEJE (DOSYE MEDIKAL)  
PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

### EKSPLIKASYON SOU FÒM LAN

Lwa ak règleman yo egzije pou kèk sous enfòmasyon pèsònèl gen yon fòm otorizasyon oswa pèmisyon ki siyen anvan pou yo devwale enfòmasyon yo. Epitou, sèten lwa mande otorizasyon byen presi pou devwale enfòmasyon konsènan sèten eta ak apatide sous edikatif yo.

Lè ou siyen fòm sa a:

- Ou konprann otorizasyon sa a konsène tout pati oswa nenpòt pati nan dosye yo ki mansyonnen pi wo a, ki ka gen ladan enfòmasyon sikyatrik, ak/oswa counseling/tès jenetik, ak/oswa abi alkòl/dwòg, ak/oswa SIDA (Sendwòm Defisyans Iminite Aki), e/oswa ka gen ladan rezilta yon tès VIH oswa enfòmasyon ke yo te fè yon tès VIH. Ou te dakò klèman pou yo divilge enfòmasyon yo jan li mansyonnen anwo a, oswa nan lòt fason jan lalwa mande.
- Ou konprann otorizasyon an pral ekspire nan dat ki presize nan Dat Ekspirasyon an. Si ou pa presize yon evènman oswa kondisyon pou ekspirasyon, otorizasyon an ap ekspire nan yon ane apre dat li siyen an.
- Ou konprann ou ka anile otorizasyon sa a ak avi alekri ba biwo kote yo konsève otorizasyon orijinal la, sòf pou aksyon yo gentan deja fè ak otorizasyon sa a.
- Ou konprann ke enfòmasyon medikal pwoteje ou 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 ou yo gendwa pa anba pwoteksyon lalwa ankò.
- Anplis, ou konprann Orlando Health pa ka konsidere founiti otorizasyon sa a kòm yon kondisyon pou bay tretman, peman, enskripsyon nan plan sante oswa kalifikasyon pou avantaj.
- Ou konprann ou pral resevwa yon kopi fòm sa a ki siyen, si ou mande youn.
- Ou konprann ka gen frè pou peye pou ba ou yon kopi dosye medikal ou, jan lwa Florid otorize sa. Frè yo endike sou sit entènèt nou an, nan anplasman dosye medikal san randevou yo, oswa ou ka rele depatman nou an.

Jesyon Enfòmasyon sou Sante – Sitwèb Kominikasyon  
Enfòmasyon: [www.orlandohealth.com/medicalrecords](http://www.orlandohealth.com/medicalrecords)  
Telefòn: (321) 841-4449

#### 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.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____