



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

ORLANDO HEALTH®

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

PEDIDO DO PACIENTE POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

INFORMAÇÃO DO PACIENTE:			
Primeiro nome:		Inicial do nome do meio:	Sobrenome:
Data de nascimento:	Telefone:		E-mail:
Endereço:		Cidade:	Estado: Código postal:
DE ONDE VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO OS REGISTROS?			
HOSPITAL (marque as caixas apropriadas) <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		CONSULTÓRIO MÉDICO (escreva as informações) <u>Nome do médico/consultório:</u> <u>Endereço:</u> <u>Telefone/fax:</u>	
Outro (escreva no nome e endereço da unidade da Orlando Health):			
PARA QUEM VOCÊ DESEJA ENVIAR OS REGISTROS?			
A Orlando Health deve fornecer meus registros a: <input type="checkbox"/> Você mesmo -OU- <input type="checkbox"/> Representante pessoal -OU- <input type="checkbox"/> Terceiro (indicado abaixo)			
Nome do receptor (se não for você mesmo):		Telefone:	
		Fax (apenas instalações médicas):	
Endereço ou e-mail do destinatário:			
QUE REGISTROS VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO?			
Data(s) do serviço: ____/____/____ a ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Resumo (todas as observações e resultados de diagnóstico)	<input type="checkbox"/> Histórico e observações físicas	<input type="checkbox"/> Resultados laboratoriais	
<input type="checkbox"/> Observações de consulta	<input type="checkbox"/> Observações de progresso	<input type="checkbox"/> Resultados da patologia	
<input type="checkbox"/> Resumo da alta	<input type="checkbox"/> Observações operacionais/procedimento	<input type="checkbox"/> Relatório de radiologia (TC, ressonância magnética, raio-x, etc)	
<input type="checkbox"/> Observações da sala de emergência	<input type="checkbox"/> Observações da terapia	<input type="checkbox"/> Imagens de radiologia (DICOM - CD/DVD)	
<input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique): _____			
Eu entendo que as informações protegidas de saúde especificadas acima podem incluir saúde mental, abuso de substâncias (por exemplo, drogas, álcool), informações sobre o estado de HIV/AIDS, registros de diagnóstico e tratamento.			
COMO VOCÊ DESEJA QUE OS REGISTROS SEJAM ENTREGUES?			
Entrega eletrônica: <input type="checkbox"/> MyChart (Portal do Paciente) <input type="checkbox"/> E-mail seguro (criptografado, limites de tamanho) <input type="checkbox"/> Fax (apenas instalações médicas)		Entrega por correio: <input type="checkbox"/> Papel (podem ser aplicadas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD)	
Retirada pessoalmente: <input type="checkbox"/> Papel (podem ser aplicadas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD) Locais com atendimento presencial listados em: www.orlandohealth.com/medicalrecords			
ESCREVA SEU NOME DE FORMA LEGÍVEL E ASSINE ABAIXO			
Nome do paciente ou responsável/representante pessoal (legível):		Relacionamento com o paciente (legível):	
Assinatura do paciente ou responsável/representante pessoal:		Data/hora:	Data de expiração (opcional):
ENVIAR FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA:			
Correio: 3090 Caruso Ct, Suite 50 MP69, Orlando, FL 32806		Fax: (321) 843-6411	
Locais de entrega listados em www.orlandohealth.com/medicalrecords		E-mail: medicalrecords@orlandohealth.com	



ORLANDO HEALTH®

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

PEDIDO DO PACIENTE POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

EXPLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Leis e regulamentos exigem que algumas fontes de informações pessoais tenham uma autorização assinada ou um formulário de permissão antes de divulgá-las. Além disso, algumas leis exigem autorização específica para a liberação de informações sobre certas condições e de fontes educacionais.

Ao assinar este formulário:

- Você entende que esta autorização se estende a todos ou qualquer parte dos registros designados acima, que podem incluir informações psiquiátricas e / ou aconselhamento/teste genético e/ou abuso de álcool/drogas e/ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), e/ou pode incluir o resultado de um teste de HIV ou o fato de que um teste de HIV foi realizado. Você consentiu expressamente com a divulgação dessas informações conforme designado acima ou de outra forma conforme exigido por lei.
- Você entende que a autorização expirará na data especificada na Data de Vencimento. Se você não especificar um evento ou condição de expiração, a autorização expirará em um ano a partir da data de assinatura.
- Você entende que esta autorização é revogável mediante notificação por escrito ao consultório onde a autorização original foi mantida, exceto na medida em que já tenham sido tomadas providências em relação a esta autorização.
- Você entende que suas informações de saúde protegidas que são usadas ou divulgadas sob esta autorização podem estar sujeitas a uma nova divulgação pelo destinatário e a privacidade de suas informações de saúde protegidas podem não ser mais protegidas por lei.
- Você também entende que a Orlando Health não pode condicionar o fornecimento de tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios ao fornecimento desta autorização.
- Você entende que receberá uma cópia assinada deste formulário, se solicitado.
- Você entende que pode haver cobrança de taxas pelo fornecimento de uma cópia de seus registros médicos, conforme permitido pela Lei da Flórida. As taxas estão listadas em nosso site, locais com prontuários médicos presenciais, ou ligando para nosso departamento.

Gerenciamento de informações de saúde - Site de divulgação de informações: www.orlandohealth.com/medicalrecords
Telefone: (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: _____