



# ORLANDO HEALTH®

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

## SOLICITAÇÃO DO PACIENTE PARA INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

INFORMAÇÕES DO PACIENTE:			
Primeiro nome:	Inicial do nome do meio:	Sobrenome:	
Data de nascimento:	Telefone:	E-Mail:	
Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal:

DE ONDE ESTÁ SOLICITANDO OS REGISTROS (NOME DO HOSPITAL, NOME DA CLÍNICA OU NOME DO PROFISSIONAL)?	
Nome:	Telefone:
Endereço para correspondência:	Fax:
Vários locais (locais adicionais dos quais você precisa de registros, nome apenas):	

PARA QUEM VOCÊ DESEJA QUE OS REGISTROS SEJAM ENVIADOS?	
Nome:	Telefone:
E-Mail:	Fax:
Endereço completo para correspondência:	

QUAIS REGISTROS ESTÃO SENDO SOLICITADOS?		
Registros de período/datas de serviço: ____ / ____ / ____ até ____ / ____ / ____ Formato: MM/DD/AAAA		
<input type="checkbox"/> Resumo (Notas e resultados do diagnóstico)	<input type="checkbox"/> Histórico e anotações físicas	<input type="checkbox"/> Resultados do laboratório
<input type="checkbox"/> Notas de consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progresso	<input type="checkbox"/> Resultados de patologia
<input type="checkbox"/> Resumo da alta	<input type="checkbox"/> Notas de operação/ procedimento	<input type="checkbox"/> Relatório radiológico (tomografia computadorizada, ressonância magnética, raio X, etc.)
<input type="checkbox"/> Notas do pronto-socorro	<input type="checkbox"/> Notas de terapia	<input type="checkbox"/> Imagens radiológicas (CD/DVD ou e-mail)
<input type="checkbox"/> Registro completo		
<input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique): _____		
Ao assinar este formulário, compreendo que as informações de saúde protegidas especificadas e solicitadas acima podem incluir informações sobre saúde mental, abuso de substâncias (por exemplo, drogas, álcool), status de HIV/AIDS e registros de diagnóstico e tratamento.		

COMO VOCÊ DESEJA QUE OS REGISTROS MÉDICOS SEJAM ENTREGUES?		
<b>Entrega eletrônica:</b> <input type="checkbox"/> MyChart (Portal do paciente) <input type="checkbox"/> E-mail seguro (criptografado, limites de tamanho) <input type="checkbox"/> Fax (somente para instalações médicas)	<b>Entrega de correio:</b> <input type="checkbox"/> Papel (podem ser cobradas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD)	<b>Retirada em pessoa:</b> <input type="checkbox"/> Papel (podem ser cobradas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD)

COMO VOCÊ DESEJA QUE AS IMAGENS RADIOLÓGICAS SEJAM ENTREGUES (SE APLICÁVEL)?		
<b>Entrega eletrônica:</b> <input type="checkbox"/> E-mail (Powershare)	<b>Entrega de correio:</b> <input type="checkbox"/> Formato de CD / DVD	<b>Retirada em pessoa:</b> <input type="checkbox"/> Formato de CD / DVD

NOME E ASSINATURA DO SOLICITANTE	
Nome em letra de forma (primeiro, último):	Assinatura:
Data/hora:	Data de validade, evento ou condição (opcional):
Relacionamento se não for o paciente: <input type="checkbox"/> Pai ou mãe <input type="checkbox"/> Guardião legal <input type="checkbox"/> Pai ou mãe adotivo <input type="checkbox"/> Procuração para tratamento de saúde, substituto, procurador <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____	

ENVIAR O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA:	
Correio: 1414 Kuhl Ave., MP69, Orlando, FL 32806	Fax: 321-843-6411
Locais de entrega listados em <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

**SOLICITAÇÃO DO PACIENTE PARA INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS)**  
**PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## EXPLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

### PEDIDO DO PACIENTE POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS)

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 determinadas condições e de fontes educacionais.

Ao assinar este formulário:

- Você está ciente de que esta autorização se estende a todos ou a 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 da Imunodeficiência Adquirida) e/ou podem 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 está ciente de que a autorização perderá a validade na data especificada na Data de Validade. Se você não especificar um evento ou condição de perda de validade, a autorização perderá a validade um ano a partir da data de assinatura.
- Você está ciente de 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 compreende 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 está ciente de 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 está ciente de que receberá uma cópia assinada deste formulário, se solicitado.
- Você está ciente de 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](http://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: _____