



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

ORLANDO HEALTH®

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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE (HISTORIA MÉDICA) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:		Correo electrónico:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
¿DE DÓNDE ESTÁ SOLICITANDO LOS REGISTROS?			
HOSPITAL (marque las casillas que correspondan) <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		CONSULTORIO MÉDICO (escriba la información) <u>Consultorio/Nombre del proveedor:</u> <u>Dirección:</u> <u>Teléfono/Fax:</u>	
Otro (escriba el nombre y la dirección del centro de Orlando Health)			
¿A QUIÉN DESEA QUE SE LE ENVÍEN LOS REGISTROS?			
Orlando Health debe proporcionarle mis registros: <input type="checkbox"/> a mí <input type="radio"/> a <input type="checkbox"/> Mi representante personal <input type="radio"/> a <input type="checkbox"/> un tercero (indicado debajo)			
Nombre del destinatario (si no es el paciente):		Teléfono:	
		Fax (solo centros médicos):	
Dirección postal o de correo electrónico del destinatario:			
¿QUÉ REGISTROS SOLICITA?			
Fecha(s) de servicio: ____/____/____ hasta ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Resumen (todas las notas y los resultados de pruebas de diagnóstico)	<input type="checkbox"/> Historial y notas médicas	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio	
<input type="checkbox"/> Notas de consultas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Resultados de patología	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Notas de procedimientos/operaciones	<input type="checkbox"/> Informe de radiología (TC, RMN, radiografías, etc.)	
<input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Notas de terapia	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (DICOM - CD/DVD)	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
Comprendo que la información médica protegida especificada anteriormente puede incluir información sobre salud mental, abuso de sustancias (como drogas o alcohol), VIH/SIDA y registros de diagnósticos y tratamientos.			
¿CÓMO DESEA QUE SE LE ENVÍEN LOS REGISTROS?			
Envío electrónico:		Envío por correo:	Entrega en persona:
<input type="checkbox"/> MyChart (portal del paciente)		<input type="checkbox"/> Papel (pueden aplicarse tarifas)	<input type="checkbox"/> Papel (pueden aplicarse tarifas)
<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (cifrado, limitaciones de tamaño)		<input type="checkbox"/> Formato electrónico (CD/DVD)	<input type="checkbox"/> Formato electrónico (CD/DVD)
<input type="checkbox"/> Fax (solo centros médicos)		<i>Sin cita previa en las ubicaciones enumeradas en: www.orlandohealth.com/medicalrecords</i>	
ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y FIRME A CONTINUACIÓN			
Nombre del paciente o su tutor o representante personal (letra de imprenta):		Relación con el paciente (en letra de imprenta):	
Firma del paciente o su tutor o representante legal:		Fecha y hora:	Fecha de vencimiento (opcional):
ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO A:			
Correo postal: 3090 Caruso Ct, Suite 50 MP69, Orlando, FL 32806		Fax: (321) 843-6411	
Los sitios de entrega enumerados en www.orlandohealth.com/medicalrecords		E-Mail: medicalrecords@orlandohealth.com	



ORLANDO HEALTH®

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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE (HISTORIA MÉDICA) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

EXPLICACIÓN DEL FORMULARIO

Las leyes y reglamentos requieren que algunas fuentes de información personal tengan un formulario de autorización y permiso antes de divulgarla. Además, ciertas leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas afecciones y de fuentes educativas.

Al firmar este formulario:

- Usted entiende que esta autorización abarca la totalidad o cualquier parte de los registros indicados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica, o asesoramiento/pruebas genéticas, o abuso de alcohol/drogas, o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), o pueden incluir el resultado de una prueba de VIH o que se realizó una prueba de VIH. Otorga su consentimiento expreso para la divulgación de la información tal como se indicó anteriormente o en función de lo que disponga la ley.
- Entiende que la autorización caducará en la fecha especificada en Fecha de vencimiento. Si no especificó un evento o una condición de vencimiento, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha de la firma.
- Entiende que puede revocar esta autorización al enviar una notificación escrita al consultorio en el que se archivó la autorización original, excepto en la medida que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización.
- Comprende que su información médica protegida que se use o divulgue en virtud de esta autorización podría volverse a divulgar por parte de la persona que la haya recibido y la privacidad de dicha información médica protegida podría dejar de estar protegida por la ley.
- Además, entiende que Orlando Health no puede condicionar la prestación del tratamiento, el pago, la inscripción en el plan médico o la elegibilidad para los beneficios al otorgamiento de esta autorización.
- Entiende que recibirá una copia firmada de este formulario, si así lo solicita.
- Entiende que pueden aplicarse tarifas por la entrega de una copia de su historia médica, según lo permitido por la ley de Florida. Puede revisar las tarifas en nuestro sitio de Internet, las ubicaciones de entrega de historias médicas sin cita previa o al llamar a nuestro departamento.

Administración de Información Médica, sitio de Internet de divulgación de información: www.orlandohealth.com/medicalrecords
Teléfono: (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: _____