



# ORLANDO HEALTH®

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

## SOLICITUD DEL PACIENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (REGISTROS MÉDICOS) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Inicial media:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿DE DÓNDE SOLICITA REGISTROS (NOMBRE DEL HOSPITAL, LA PRÁCTICA O EL PROVEEDOR)?	
Nombre:	Teléfono:
Dirección postal:	Fax:
Ubicaciones múltiples (ubicaciones adicionales de las que necesita registros, solo el nombre):	

¿A QUIÉN DESEA ENVIARLE LOS REGISTROS?	
Nombre:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:
Dirección postal completa:	

¿QUÉ REGISTROS ESTÁ SOLICITANDO?		
Registros para el periodo de tiempo/fechas de servicio: ____/____/____ a ____/____/____ Formato: MM/DD/AAAA		
<input type="checkbox"/> Resumen (notas y resultados diagnósticos)	<input type="checkbox"/> Historia y notas físicas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas de la consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Resultados de patología
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Notas operativas/ procesales	<input type="checkbox"/> Informe de radiología (CT, MRI, Rayos X, etc)
<input type="checkbox"/> Notas de urgencias	<input type="checkbox"/> Notas de terapia	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas (CD/DVD o correo electrónico)
<input type="checkbox"/> Registro íntegro		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____		
Al firmar este formulario, entiendo que la información de salud protegida especificada y solicitada anteriormente puede incluir salud mental, abuso de sustancias (por ej., drogas, alcohol), información de estado de VIH/SIDA, registros diagnósticos y de tratamiento.		

¿CÓMO DESEA USTED QUE SE ENTREGUEN LOS REGISTROS MÉDICOS?		
<b>Entrega electrónica:</b> <input type="checkbox"/> MyChart (portal del paciente) <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (encriptado, límites de tamaño) <input type="checkbox"/> Fax (solo registros médicos)	<b>Entrega del correo:</b> <input type="checkbox"/> Papel (pueden aplicar tarifas) <input type="checkbox"/> Electrónico (CD/DVD)	<b>Recolección en persona:</b> <input type="checkbox"/> Papel (pueden aplicar tarifas) <input type="checkbox"/> Electrónico (CD/DVD)

¿CÓMO DESEA USTED QUE SE ENTREGUEN LAS IMÁGENES DE RADIOLOGÍA (SI APLICA)?		
<b>Entrega electrónica:</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Powershare)	<b>Entrega del correo:</b> <input type="checkbox"/> Formato CD/DVD	<b>Recolección en persona:</b> <input type="checkbox"/> Formato CD/DVD

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	
Imprima su nombre (nombre, apellido):	Firma:
Fecha/Hora:	Fecha de expiración, evento o condición (opcional):
Relación si no es el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica, sustituto, apoderado	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	

ENVIAR FORMULARIO COMPLETADO A:		
Correo postal: 1414 Kuhl Ave., MP69, Orlando, FL 32806   Lista de ubicaciones para ingresar sin reservación en <a href="http://www.orlandohealth.com/medicalrecords">www.orlandohealth.com/medicalrecords</a>	Fax: 321-843-6411	Correo electrónico: <a href="mailto:medicalrecords@orlandohealth.com">medicalrecords@orlandohealth.com</a>

**ORLANDO HEALTH®**

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

**SOLICITUD DEL PACIENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (REGISTROS MÉDICOS)  
PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

**EXPLICACIÓN DEL FORMULARIO****SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA  
(REGISTROS MÉDICOS)**

Las leyes y reglamentos requieren que algunas fuentes de información personal firmen una autorización o permiso antes de liberarla. Adicionalmente, algunas leyes requieren una autorización específica para liberar información acerca de determinadas condiciones y de fuentes educativas.

Al firmar este formulario:

- Usted entiende que esta autorización se extiende a todas o una parte de los registros antes designados, los cuales pueden incluir información psiquiátrica y/o orientación/prueba genética, abuso de alcohol/drogas, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y/o puede incluir el resultado de una prueba de VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Usted ha otorgado expresamente el consentimiento de liberar esta información según se designa anteriormente o de otro modo según lo requiera la ley.
- Usted entiende que la autorización vencerá en la fecha especificada en la fecha de vencimiento. Si usted no puede especificar un evento o condición de vencimiento, la autorización vencerá un año después de la fecha de firma.
- Usted entiende que esta autorización es revocable con el aviso escrito a la oficina en donde se retiene la autorización original, con excepción del grado en que la acción ya se haya tomado sobre esta autorización.
- Usted entiende que su información de salud protegida que se usa o divulga bajo esta autorización puede sujetarse a una redivulgación por parte del destinatario y la privacidad de su información de salud protegida no puede estar protegida más por la ley.
- Usted también entiende que Orlando Health no puede condicionar la provisión del tratamiento, el pago, el enrolamiento en el plan de salud o la elegibilidad para beneficios sobre la provisión de esta autorización.
- Usted entiende que recibirá una copia firmada de este formulario si lo solicita.
- Usted entiende que pueden cobrarse tarifas por proporcionarle una copia de sus registros médicos según lo permita la Ley de Florida. Las tarifas se listan en nuestro sitio web, ubicaciones de registros médicos de entrada sin reservación y llamando a nuestro departamento.

Gestión de información de salud – Sitio web de publicación de información:

[www.orlandohealth.com/medicalrecords](http://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: _____