



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806 MP97

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER, DIVULGAR O REVISAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 Dirección: _____ N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____
 Email: _____
 Nombre del solicitante: _____ N.º de teléfono: _____

II. PERSONA/CENTRO AUTORIZADO A DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

III. PERSONA/CENTRO AUTORIZADO A OBTENER LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección/ Email: _____
 Número de fax: _____
 Solo para uso del portal por el apoderado del paciente Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Relación con el paciente: _____

IV. INFORMACIÓN SOLICITADA Y MÉTODO DE ENTREGA

Formato de registros: Impreso Electrónico (Email / CD - marque con un círculo) Acceso visual al portal del paciente
 Acceso total al portal del paciente
 Método de entrega: Correo postal Email Recoger Fax (Solo centros médicos)
 Propósito de la divulgación: Seguro Legal Continuidad del tratamiento Uso personal Escuela
 Formularios de la Ley de Ausencia Familiar y Médica/discapacidad Comunicación con el paciente (Salud del comportamiento)
 Otro (especificar): _____
 Periodo de tiempo de los registros solicitados: _____ a _____ -O- EXPEDIENTE COMPLETO (todos los registros, todas las fechas)
 Tipo de registros: Extracto de registro Laboratorio Patología Radiología (CD) Radiología (informe) Registro de terapia
 Notas de progreso Consultas Cirugías Resultados de todas las pruebas de diagnóstico Otro (especificar): _____

NO debe incluir información relacionada con (marque con sus iniciales):
 Entiendo que esta autorización se extiende a toda o parte de los registros indicados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica o consejería/pruebas genéticas, o de abuso de alcohol o drogas, o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), o puede incluir el resultado de una prueba de VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Otorgo mi consentimiento expreso a la divulgación de información indicada anteriormente a excepción de lo marcado con mis iniciales o de lo que la ley disponga.
 Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, o al ocurrir el siguiente evento o condición: _____. Si no especifico un vencimiento, evento o padecimiento, la autorización vencerá en un año. Entiendo que puedo revocar esta autorización con una notificación escrita enviada a la oficina en la que se archivó la autorización original, excepto en la medida que ya se haya tomado acción en base a esta autorización. Entiendo que la información médica protegida sobre mí que ya se haya usado o divulgado bajo esta autorización podría volverse a divulgar por la persona que la recibió y que la privacidad de dicha información médica protegida podría ya no estar protegida por la ley. Además entiendo que Orlando Health no puede condicionar la proporción de tratamiento, pago, inscripción en el plan médico o derecho de recibir beneficios en el otorgamiento de esta autorización. La autorización del poder para el portal del paciente será activa hasta que sea revocada. Entiendo que recibiré una copia firmada de este formulario.

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____
 Deseo revocar esta autorización. Firma: _____ Fecha: _____

OFFICIAL USE ONLY:
 Name _____ Date: _____ Releasing Information
 Number of Pages Copied: _____ ID Shown _____ Assisting with Review

INTERPRETER ONLY
 (Please Print)
 Name: _____ Agency: _____
 Telephone: _____ Language: _____



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

(Instrucciones para obtener, divulgar o revisar información médica protegida o obtener acceso al portal del paciente.)

Importante:

1. Por favor lea todas las instrucciones e información antes de completar y firmar el formulario.
2. **Tarifas:** La divulgación directa de registros al paciente o a su representante autorizado, puede originar una tarifa por página. No hay cargo por la divulgación de registros para el cuidado continuado (de proveedor a proveedor)
3. **Formularios incompletos:** Si no se proporciona toda la información requerida del formulario, podría haber retrasos en el procesamiento. Puede no aceptarse formularios incompletos.

Instrucciones:

La siguiente información le ayudará a llenar las secciones requeridas del formulario. Imprima o escriba con la mayor claridad y completamente en la medida de lo posible.

- **Sección I:** Llene la información del paciente así como el nombre y número de contacto del solicitante.
- **Sección II:** Llene la persona, proveedor o centro responsable de divulgar los registros médicos.
- **Sección III: Llene el nombre de la persona o centro a los que deben enviarse los registros sujetos a divulgación.**
 - **Cuenta de administración familiar:** Si cuida a un familiar o persona bajo su responsabilidad, la cuenta de administración familiar autoriza el uso de la cuenta FollowMyHealth del paciente.
 - Por favor incluya la **fecha de nacimiento y relación con el paciente** de la persona que recibirá acceso a la cuenta del portal del paciente.
- **Sección IV:** Opciones de formato de registros, método de entrega (personal, correo, correo electrónico, fax), objetivo de la divulgación, fechas de registros y tipo de registros.

Cuenta de administración familiar - información adicional

- **Persona autorizada de un menor de edad (0-10 años):** Este nivel de acceso siempre permite acceso completo. El acceso permite al padre/madre o tutor a obtener acceso a la información médica del menor de edad.
- **Persona autorizada de un menor de edad (11-17 años):** Este acceso es restringido en todo nivel. Una vez que el menor de edad inicia su adolescencia, las actualizaciones de los registros médicos ya no se actualizarán en la cuenta FollowMyHealth del menor de edad.
- **Persona autorizada de un adulto (18 años o mayor):** Este acceso permite que cónyuges, hijos mayores de edad y otras personas tengan acceso a la cuenta de un paciente adulto. Puede darse **acceso completo** o de **consulta** según lo decida la persona que autoriza el acceso.
- **Acceso completo:** Funcionalidad completa de la cuenta del paciente.
- **Consulta:** La persona autorizada solo puede ver la cuenta del paciente, pero no puede hacer ningún cambio en nombre del paciente ni usar el componente de mensajes del portal.

¿Preguntas?

Para Orlando Health: Consultorios médicos: 321 841-3064
Para Orlando Health: Centros hospitalarios: 321 841-5450
Para información sobre nuestro sitio de Internet: www.orlandohealth.com/medicalrecords

OFFICIAL USE ONLY: IN-HOUSE COPIES

Name of Team Member delivering Records to Patient: _____
Patient Signature: _____ Date: _____