

**ORLANDO REGIONAL HEALTHCARE**

1414 Kuhl Avenue • Orlando, Florida 32806-2093

PATIENT IDENTIFICATION

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER, DIVULGAR O REVISAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a Orlando Regional Healthcare para:  
 Paciente/ Representante Legal

- Permitir la revisión (expedientes abiertos y cerrados)
- Divulgar copias de Información Médica Protegida \_\_\_\_\_
- Obtener expedientes Paciente

De: Nombre de la persona, agencia o instalación de atención de la salud \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Envíe los expedientes a: \_\_\_\_\_  
 Número de Fax \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal

- Con la finalidad de:
- Tratamiento Continuo
  - Comunicación con el Paciente (Salud del comportamiento)
  - Uso Personal
  - Otro (sírvase especificar) \_\_\_\_\_

Fecha(s) de Servicio: De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_  
 Si no cumpla con especificar un evento o condición de vencimiento, la autorización vencerá en un año. Entiendo que esta autorización es revocable previo aviso escrito a la oficina donde se conserva la autorización original, excepto en el caso de que ya se hayan tomado medidas con respecto a esta autorización. La información acerca de la salud mental, alcohol, drogas VIH y/o SIDA es protegida de manera confidencial por las leyes Federales y del estado que prohíben tales divulgaciones sin la autorización específica del suscrito, o de lo contrario como sea permitido por tales regulaciones. Pido además que la información en mi historia clínica acerca de pruebas/ asesoría genética no sea divulgada sin mi autorización escrita, salvo que por ley se especifique lo contrario. Entiendo que puedo seleccionar la información a ser divulgada de la lista que sigue a continuación escribiendo mis iniciales en el espacio indicado. El potencial para que la información sea divulgada de conformidad con la autorización estará sujeta a re-divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por este reglamento. Entiendo además que Orlando Regional Healthcare no puede condicionar la disposición del tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud, o elegibilidad para beneficios en la disposición de esta autorización.

- Escriba sus iniciales al lado de cada ítem para que sea divulgado o revisado:**
- |                                      |  |                                      |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ___ Registro Completo                | ___ Todos los Resultados de Pruebas de Diagnóstico | ___ Informe(s)/Patológico/Operativo  |
| ___ Resúmen del Registro             | ___ Registro de Terapia                            | ___ Sólo Laboratorio                 |
| ___ Nota(s) sobre Consultas/Progreso | ___ Sólo Radiología                                | ___ Otro (sírvase especificar) _____ |

- Además, ponga sus iniciales al lado de cada ítem específico: (si corresponde)**
- |                  |                    |   |                        |                            |
|------------------|--------------------|---|------------------------|----------------------------|
| ___ Salud Mental | ___ Pruebas de VIH | ___ Información sobre Asesoría/Prueba Genéticas | ___ Drogas y/o Alcohol | ___ Información sobre SIDA |
|------------------|--------------------|---|------------------------|----------------------------|

Firma del Paciente/Representante Legal o Padre/Tutor Legal _____		Fecha de la Autorización _____
Fecha de Nacimiento: _____	Número de Seguro Social del Paciente _____	Identificación Presentada _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____
Número de Teléfono _____		Código Postal _____
Nombre del Traductor o Intérprete _____		

Deseo revocar esta autorización

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sólo para Uso Oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que Divulga la Información  Nombre de la Persona que Ayuda en la Revisión

Número de páginas copiadas \_\_\_\_\_