



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Social Security # (last 4 digits): _____

Address: _____

Date of Birth: ___/___/___ Date of Service: _____ Phone #: _____

Identification Shown: _____ Mail Pick Up

I hereby authorize Orlando Health to use and **disclose to:** **or obtain from:** **or allow review:**

Name of Facility or Person

Phone

Street Address City State Zip Code

SEND RECORDS TO: (Name of Facility or Person) _____

Street Address City State Zip Code

the following information contained in my medical record regarding my hospitalization, care and treatment (please initial):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Record | <input type="checkbox"/> All Diagnostic Test Results | <input type="checkbox"/> Pathology Report(s) |
| <input type="checkbox"/> Abstract of Record | <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Lab Only |
| <input type="checkbox"/> Therapy Records | <input type="checkbox"/> Radiology Only | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> Progress Note(s) | <input type="checkbox"/> Operative Report | _____ |

The purpose for the release of information at the request of the individual is:

- Insurance Legal Action Continued Treatment Personal Use Patient Communication (Behavioral Health)
 Other (Please Specify) _____

This authorization will expire on the following date, event or condition: _____

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drug abuse and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the result of an HIV test or the fact that an HIV test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initialed below or otherwise required by law.

May **NOT** include information related to (please initial):

- HIV/AIDS Mental Health Drug and/or Alcohol Abuse Genetic Counseling/Testing Information

If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in one year. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. I understand that my protected health information that is used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and the privacy of my protected health information may no longer be protected by law. I further understand that Orlando Health may not condition the provision of treatment, payment, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization. I understand that I will receive a signed copy of this form.

Patient/Legal Representative or Parent/Legal Guardian Signature

Date

Official Use Only: _____ Date: _____

Name of Person Releasing Information Name of Person Assisting with Review Number of pages copied _____

I wish to revoke this authorization. Signature: _____ Date: _____

INTERPRETER ONLY

(Please Print)

Name: _____ Agency: _____

Telephone: _____ Language: _____



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER, DIVULGAR O REVISAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

Nombre del Paciente: _____ No. de Seguro Social (ultimos 4 digitos): _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Servicio: _____ No. de Teléfono _____

Identificación Presentada: _____ Enviada por correo Recogida

Por medio de la presente autorizo a Orlando Health a usar y **divulgar a:** **u obtener de:** **o permitir la revisión:**

Nombre de institución o persona _____ Teléfono _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ENVIAR EXPEDIENTES (Nombre de institución o persona) _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

la siguiente información contenida en mi expediente médico acerca de mi hospitalización, cuidados y tratamiento (favor de poner sus iniciales):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Todos los Resultados de Pruebas de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Patología |
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Laboratorio Solamente |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de Terapia | <input type="checkbox"/> Radiología Solamente | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Nota(s) de Progreso | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio | |

El propósito de la divulgación de esta información a petición del individuo es:

- Seguro Acción Legal Continuación de Tratamiento Uso Personal
 Comunicación con el Paciente (Salud de Comportamiento) Otro (Por favor especifique) _____

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Comprendo que esta autorización cubre todos o cualquier parte de los expedientes indicados arriba, los cuales podrían incluir información psiquiátrica, y/o pruebas/asesoramiento genético, y/o de abuso de alcohol/drogas y/o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (AIDS según sus siglas en inglés), y/o podría incluir el resultado de una prueba de VIH (virus de inmunodeficiencia humano) (HIV según sus siglas en inglés) o el hecho de que se llevó a cabo una prueba de VIH. Específicamente autorizo que se divulgue la información según se ha indicado arriba al menos que esté marcado abajo con mis iniciales o en alguna otra forma sea exigido por la ley.

NO puede incluir información relacionada a (favor de poner sus iniciales):

- HIV/AIDS Salud Mental Abuso de Drogas y/o Alcohol Información Acerca de Pruebas/Asesoramiento Genético

Si yo no especifico un evento o condición de vencimiento, la autorización vencerá en un año. Comprendo que esta autorización es revocable al dar aviso por escrito a la oficina que tenga la autorización original, excepto al grado de acción ya tomada de acuerdo con esta autorización. Comprendo que mi información médica protegida que es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización podría estar sujeta a nueva divulgación por el receptor y que la privacidad de mi información médica protegida podría ya no estar protegida bajo la ley. También comprendo que Orlando Health no puede poner condiciones a la disposición de tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o la elegibilidad de beneficios en la disposición de esta autorización. Comprendo que yo recibiré una copia firmada de este formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal o Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Official Use Only: _____ Date: _____

Name of Person Releasing Information Name of Person Assisting with Review Number of pages copied _____

Deseo revocar esta autorización. Firma: _____ Fecha: _____

INTERPRETER ONLY

(Please Print)

Name: _____ Agency: _____

Telephone: _____ Language: _____