



# Orlando Primary Medicine

11616 Lake Underhill Rd, Suite 205 Orlando, FL 32825

Phone: (407) 601-5308 Fax: (407) 482-8698

## Autorización para la divulgación de información

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec.Nac: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ SS#: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Autorice a Orlando Primary Medicine a (Marque Uno solamente):

\_\_\_ Obtener mis registros de: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Liberar mis registros a: \_\_\_\_\_

Registros Necesarios:

Visitas de oficina  Laboratorios  Notas  Ultrasonidos  EKG  Medicamentos  Todos los Registros

Nombre de la facilidad recibiendo los registros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Tele: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Autorizó a Orlando Primary Medicine a divulgar toda la información médica (que incluye, entre otros, información sobre afecciones psiquiátricas, anemia de células falciformes, abuso de alcohol y Drogas y VIH o enfermedades transmisibles) solicitada por mi compañía de seguro médico, Medicare o cualquier otra otros terceros pagadores. Autorizo a Orlando Primary Medicine a divulgar toda la información médica a mi médico de cabecera (de familia). Autorizo a Orlando Primary Medicine a comunicase con mi compañía de seguros o al administrador del plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente sobre cobertura y los pagos de mi póliza. Ordeno a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información al Orlando Primary Medicine.

Acepto que estas disposiciones permanecerán vigentes hasta que proporcione una revocación por escrito al Orlando Primary Medicine.

Firma del paciente/Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_