

Records Release Authorization (Autorización para Divulgar Registros Médicos)

I hereby give my authorization to: _____

(Por este medio doy mi autorización a:)

Print Doctor's Name:

(Imprima Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____

(Número de Teléfono)

Fax Number: _____

(Número de Fax)

To release a copy of my medical records to:

(A que proporcione copia de mí record médico a:)

Primary HealthCare Associates of East Colonial

708 East Colonial Dr Ste 200

Orlando, FL 32803

Phone: (407) 895-9255

Fax: (407) 898-9019

INFORMATION TO BE RELEASED:

- Last 3 most recent consult notes and recent Lab results
- All imaging results (example: Xray, CT, MRI, EKG, Ultrasounds, echocardiogram, cardiac catheterization, PET scans, PFTs, Mammograms, colonoscopy and DEXA scan reports)
- Other procedure results (including any biopsy, pap smear report)
- Alcohol abuse treatment and/or consult notes
- Drug abuse treatment and/or consult notes
- Psychology treatment and/or consult notes
- Psychiatric treatment and/or consult notes
- HIV treatment and/or consult notes
- Aids treatment and/or consult notes
- Other: _____

Patient Name: _____

Last Name (Apellido)

First Name (Nombre)

Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____

(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Phone Number: _____

(Número Telefónico)

Signature of Patient or Responsible Party: _____

(Firma del Paciente o del Responsable)

Date: _____

(Fecha)

This authorization to disclose information may be revoked by the patient at any time except to the extent that any action has been taken. A written revocation can be sent to PHCA Medical Group. **This authorization expires a year from the date of signature.**

Esta autorización puede ser revocada por el paciente en cualquier momento, con excepción de una acción ya completada. Una revocación de esta autorización por escrito debe ser enviada a PHCA Medical Group. **Esta autorización es válida por un año desde la firma.**

Specialists & Hospital Admissions (Especialistas y Admisiones)

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

**Have you recently seen any of the specialists below?
If yes, please provide us with the name and phone number of your specialists.**

**(¿Ha tenido alguna consulta reciente con estos especialistas?
Si es así, por favor provea nombres y numeros telefónicos de sus especialistas.)**

Cardiologist (Cardiología)

Print Doctor's Name: _____
(Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____
(Número de Teléfono)

Pulmonologist (Pulmonología o Neumología)

Print Doctor's Name: _____
(Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____
(Número de Teléfono)

Oncology/Hematology (Oncología/Hematología)

Print Doctor's Name: _____
(Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____
(Número de Teléfono)

Gastroenterology (Gastroenterología)

Print Doctor's Name: _____
(Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____
(Número de Teléfono)

Nephrology (Nefrología)

Print Doctor's Name: _____
(Nombre del Doctor)

Telephone Number: _____
(Número de Teléfono)

Have you had any hospital visit in the last 3 months? (¿Ha estado admitido en el hospital en los últimos 3 meses?)

Hospital Name: _____
(Nombre del hospital)

Date of hospital visit: _____
(Fecha de la visita)

Hospital Name: _____
(Nombre del hospital)

Date of hospital visit: _____
(Fecha de la visita)

