

## 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 mi record médico a):

**Primary HealthCare Associates of Osceola Parkway**

**1000 E Osceola Pkwy  
Kissimmee, FL 34744**

**Phone: (407) 847-7910**

**Fax: (407) 932-2432**

### 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)

