

**Autorizacion para Proveer Historial Clinico**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Doy autorizacion para que Orlando Heart and Vascular Center, LLC to (Cicula solo una opcion) Give authorization for Orlando Heart & Vascular Center, LLC to ( CHECK ONE ONLY):**

\_\_ Obtenga mi Historial Clinico de ( Obtain my Records from) :

\_\_\_\_\_

---- Provea mi Historial Clinico a ( Provide my records to):

\_\_\_\_\_

**Historial Clinico Requerido ( Records Needed) :**

Office Visit    Labs    Stress    Echo    Ekg    Cath    Holter    All Records

Nombre de la persona a enviar o nombre de la oficina a recibir la informacion ( Name of person or facility receiving) : \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ Address):

\_\_\_\_\_

Numero telefonico (Phone) : \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Yo autorizo Orlando Heart & Vascular Center, LLC para que provea todo mi historial clinico ( incluido mas no limitado, informacion en referencia a condiciones psiquiatricas, problemas celulares anemicos, abuso de alcohol y drogas y virus de inmunosuficiencia HIV o cualquier tipo de enfermedades de transmision) requerido por mi compania de seguro de salud, Medicare o cualquier otra compania requiriendo dicha