



11616 Lake Underhill Road, Suite 215, Orlando, FL 32825  
Phone: (407) 482-7788 Fax: (407) 482-8698

**Autorización para Proveer Historial Clínico**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ SS#: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Doy autorización para que Orlando Heart and Vascular Center, LLC (CIRCULE SOLO UNA OPCION)**

Obtenga mi historial clínico de: \_\_\_\_\_

Provea mi Historial clínico a: \_\_\_\_\_

**Historial clínico Requerido:**

Office Visits  Labs  Stress  Echo  EKG  Cath  Holter  All Records

Nombre de la persona o oficina a recibir la información:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Yo Autorizo Orlando Heart & Vascular Center, LLC para que provea todo mi historial clínico (incluido mas no limitado, información en referencia a condiciones psiquiátricas, problemas celulares anémicos, abuso de alcohol, drogas y virus de inmunosuficiencia (HIV) o cualquier tipo de enfermedades de transmisión) requerido por mi compañía de seguro, medicare o cualquier otra compañía requiriendo información. Autorizo a Orlando Heart & Vascular Center, LLC de proveer mi historial clínico a mi Medico Primario (PCP) y los médicos que actualmente me tratan. Autorizo Orlando Heart & Vascular Center, LLC a contactar mi seguro de salud u administrador de mi plan para obtener toda la información necesaria sobre mi responsabilidad financiera, cobertura y pagos de mi plan de salud.

**Entiendo y acepto que estas provisiones permanecerán en total efecto a no ser que un previo requerimiento por escrito sea sometido a Orlando Heart & Vascular Center, LLC para la revocación del mismo.**

**FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIA LEGAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_