



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:** _____