

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: **Primary HealthCare Associates of Altamonte Springs**
(A que proporcione copia de mi record médico a): **745 Orienta Ave Ste 1251**
Altamonte Springs, FL 32701
Phone: (407) 339-2910
Fax: (321) 972-3467

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): _____ / _____ / _____ **Phone Number:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Número Telefónico)

Signature of Patient or Responsible Party: _____ **Date:** _____
(Firma del Paciente o del Responsable) (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)

Other Specialists (Otros Especialistas)

If you have other specialists, please provide us with the name and phone number below.

(Si tienes otros especialistas, por favor provea sus nombres y numeros telefónicos.)

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

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

Specialist (Especialista)	Phone Number (Numero Telefónico)