

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE (SI NO ES EL PACIENTE): \_\_\_\_\_

RELACIÓN LEGAL CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO : \_\_\_\_\_

Complete la información solicitada a continuación; las omisiones pueden ocasionar demoras. El procesamiento puede demorar hasta 30 días.

**Estoy solicitando registros DE SIMEDHEALTH (Marque todas las que correspondan)**

<b><input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS SIMEDHEALTH DE TODOS LOS PROVEEDORES</b>			
<input type="checkbox"/> Medicina de la adicción	<input type="checkbox"/> Alergia y asma	<input type="checkbox"/> Centro de artritis	<input type="checkbox"/> Atención de urgencias First Care
<input type="checkbox"/> Cirugía de la mano	<input type="checkbox"/> Psicología de la salud	<input type="checkbox"/> Manejo intervencionista del dolor.	<input type="checkbox"/> Neurología
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Podología (Pie y Tobillo)	<input type="checkbox"/> Atención primaria	<input type="checkbox"/> Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Neumología	<input type="checkbox"/> Medicina de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Clínica del sueño / Laboratorio del sueño	<input type="checkbox"/> Columna vertebral y neurocirugía
<input type="checkbox"/> Salud de la mujer	<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Información específica (Marque todas las que correspondan)</b>			
<input type="checkbox"/> Información de la cita	<input type="checkbox"/> Información demográfica	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Notas del hospital y de la operación
<input type="checkbox"/> Medicamento/Prescripción	<input type="checkbox"/> Notas de oficina	<input type="checkbox"/> Información de referencia	
<input type="checkbox"/> Informes / imágenes / resultados de pruebas:	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Diagnóstico
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
ENVIAR MIS REGISTROS DE SIMEDHEALTH A (NOMBRE): _____			
DIRECCIÓN: _____			
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____			

**Estoy solicitando registros DE UN PROVEEDOR DE AP O DE UN CENTRO FUERA DE SIMEDHEALTH**

NOMBRE DEL MÉDICO/CENTRO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
TELÉFONO: _____	FAX: _____
<input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS <input type="checkbox"/> OTROS: _____ FECHAS DE TRATAMIENTO: _____ A: _____	
<b>POR FAVOR ENVÍE MIS REGISTROS A MI PROVEEDOR DE SIMEDHEALTH:</b>	
<input type="checkbox"/> Historial médico de SIMEDHealth 4343 Newberry Road, Suite 18 Gainesville, Florida 32607 Teléfono : ( 352) 224-2251 Fax: (352) 224-7019 <i>Para las oficinas de Gainesville, Chiefland y High Springs</i>	<input type="checkbox"/> Historial médico de SIMEDHealth 3304 SW 34th Circle, Suite 104 Ocala, Florida 34474 Teléfono : ( 352) 372-1504 Fax: (352) 732-0028 <i>Para las ubicaciones de las oficinas de Ocala, Lady Lake / The Villages.</i>

<b>LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE CONSIDERA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA EXTREMADAMENTE CONFIDENCIAL y NO SERÁ DIVULGADA SIN SU AUTORIZACIÓN . (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)</b>			
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Registros de abuso de alcohol y drogas	<input type="checkbox"/> Psiquiatría / Psicoterapéutica	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS

**Al firmar a continuación, comprendo que:**

- El propósito de esta divulgación es a solicitud de la persona mencionada anteriormente.
- Esta autorización es válida **por un año a partir de la fecha indicada** .
- No tengo ninguna obligación de firmar esta autorización y mi capacidad para obtener tratamiento, elegibilidad para beneficios, etc. no dependerá de ninguna manera de si firmo esta autorización.
- Tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización.
- Libero a la entidad antes mencionada o SIMEDHealth y sus empleados de toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de esta información.
- La ley prohíbe la nueva divulgación de la información revelada a las personas/entidades mencionadas anteriormente sin mi autorización adicional.
- SIMEDHealth no puede garantizar que el receptor de la información no vuelva a divulgar información contraria a dicha prohibición.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito y remitiéndola a mi proveedor (a menos que lo exceptúe la ley).
- Cualquier revocación no se aplica en la medida en que la persona autorizada a usar o divulgar mi información médica ya haya actuado basándose en esta información.
- Es posible que se me cobre una tarifa por estos registros según lo permita la ley de Florida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha