Florida Institute for Clinical Research

Humberto Cruz, D.O.
Medical Director
Maria Lopez, CCRC
Research Director

Permiso para Adquisición de Expedientes Médicos
(Escriba en letra de molde)

_____ __ __/__ __ __/__ __ __ __ __ __ __-__ __-__ __ __ __
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Número de seguro social #

El paciente mencionado anteriormente nos otorga permiso para obtener su expediente médico de la fecha

desde __ __/__ __ __/__ __ __ __ **hasta** __ __ /__ __ __ /__ __ __ __ para la siguiente institución

Florida Institute for Clinical Research
7200 Curry Ford Road
Orlando, FL. 32822
Phone: 407-658-0966 Fax : 407-658-0967

- ☐ Yo no tengo un medico primario/especialista
- ☐ Yo tengo un medico primario/especialista pero no deseo que mi expediente médico sea obtenido
- ☐ Yo tengo un medico primario/especialista y quiero que mi expediente médico se obtenido.

Entidad medica de la cual se obtendrá el expediente médico:

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número telefónico :_____ Numero de Fax:_____

- ☐ Electrocardiogramas
- ☐ Expediente farmacéutico/recetas
- ☐ Exámenes de función pulmonar
- ☐ Las ultimas 4 notas de consulta
- ☐ Laboratorios
- ☐ Rayos X / Reportes de Radiología
- ☐ Reportes de Doctor
- ☐ Otro (sea especifico)_____

_____ _____
Firma del Paciente Fecha de hoy

Esta autorización expirara 2 años después de la fecha de expedición. Una copia fotostática de esta autorización es tan válida como la original. La información contenida en este comunicado es confidencial y privilegiada. Leyes estatales y federales prohíben la divulgación de esta información a terceras personas sin previo consentimiento del paciente.

Florida Institute for Clinical Research

Humberto Cruz, D.O.
Medical Director
Maria Lopez, CCRC
Research Director

Patient Release of Medical Records Form
(Please Print or Type)

_____ __ __/___ __ __/___ __ __ __ __ __ __-__ __-__ __ __ __

Printed Patient Name Date of Birth Social Security #

The above patient has requested permission to release His / Her Medical Records for the **time period**

dating from _ _/_ _ _/_ _ to _ _/_ _ _/_ _ to the following Medical Clinic:

Florida Institute for Clinical Research
7200 Curry Ford Road
Orlando, FL 32822
Phone: 407-658-0966 Fax: 407-658-0967

□ I do not have a healthcare provider.
□ I have a healthcare provider but do not wish to have my medical records released.
□ I have a healthcare provider and would like the following records released.

Medical Facility Obtaining Medical Records from:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

□ Last Four Office Notes □ Laboratory □ X-Rays/Radiology Reports

□ Doctor's Notes □ ECG □ Pharmacy/Prescription Records

□ Pulmonary Function Test □ Other (Describe Specifically) _____

_____ _____
Patient's Signature Today's Date

THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE TWO YEARS AFTER THE DATE OF SIGNATURE ABOVE. A PHOTOSTATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION TO BE CONSIDERED AS VALID AS THE ORIGINAL.
To Receiving Facility: The information contained is confidential and privileged. State and Federal statutes prohibit re-disclosure without the expressed written consent of the patient.