



Physicians' Primary Care
Authorization for Release of Medical Record Information:
(Autorización para liberación de información Médica)

Nombre Completo: _____
Patient's Legal Name

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Yo autorizo al proveedor mencionado a liberar mi información médica protegida:
(I Authorize the Following Provider to Release my Protected Health Information)

Nombre (Name): _____

Dirección (Address): _____

Teléfono (Telephone): _____ Fax: _____

Información debe ser enviada a: (Information to be released to :)

Nombre (Name): _____

Dirección (Address): _____

Teléfono (Telephone): _____ Fax: _____

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información anterior, no es un proveedor médico, ni plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, dicha persona o entidad podrá divulgar la información descrita anteriormente, la cual probablemente dejará de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Información que se divulgará (incluya las fechas cuando corresponda).

☐ Notas Médicas _____
Office Notes

☐ Reportes de Diagnóstico _____
Diagnostic reports

☐ Reportes de Laboratorio _____
Laboratory Reports

☐ Reporte médico completo _____
Complete Health Records

☐ Condiciones Específicas _____
Specific Conditions

☐ Otros _____
Other

Motivo de la solicitud: (Reason for disclosure)

☐ Continuación de Tratamiento
Continuation of Treatment

☐ Asunto legal o de Seguro
Legal or Insurance

☐ Pagos
Payment

☐ Asunto Personal
Personal

☐ Otros
Other

Está cambiando de proveedor médico? (Are you leaving the practice?) ☐ Si (Yes) ☐ No

Entiendo que esta autorización NO incluirá la siguiente información a menos que se indique y se rubrique con las iniciales a continuación:
(I understand that this authorization will NOT include the following information unless indicated and initialed below:)

_____ Infección de Sida o VIH
(AIDS or HIV Infection)

_____ Enfermedad de Transmisión Sexual
(Sexually Transmitted Disease Information)

_____ Salud Mental/Comportamiento
(Behavioral Health Care/Mental Health Services)

_____ Tratamiento por Abuso de Drogas o Alcohol
(Treatment for alcohol and/or drug abuse)

Según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Physicians' Primary Care of Southwest Florida, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Physicians' Primary Care of Southwest Florida haya actuado basándose en esta autorización. Para ello, debo enviar una revocación por escrito a Physicians' Primary Care of Southwest Florida, 12730 New Brittany Blvd, Ste 602, Fort Myers, FL 33907, a la atención del Oficial de Privacidad.

Physicians' Primary Care de SWFL se ha asociado con HealthMark Group para garantizar la finalización precisa y oportuna de las solicitudes de registros médicos.

Entiendo que esta autorización es válida por un máximo de seis meses a partir de la fecha en que la firmo, a menos que especifique lo contrario. También entiendo que se me pueden cobrar las copias de mis records médicos, según lo permitido por la Regla 64B8-10.003 del Código Administrativo de Florida. Además, entiendo que no se me negará, ni se me rehusará el tratamiento si me niego a firmar esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal
(Signature of Patient or Legal Representative)

Fecha
(Date)

Relación con el Paciente
(Relationship to patient)