

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____ **SSN# (Optional):** _____

<p style="text-align: center;"><u>Information Requested From:</u></p> <p>Health Information Management Center Name: <u>Osceola Regional Medical Center</u></p> <p>Address: <u>700 West Oak Street P.O. Box 458004</u> <u>Kissimmee, FL 34741</u></p> <p>Phone #: <u>(407) 518-3513</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>Requestor of Information:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Other:</p> <p>Address: _____</p> <p>Phone #: _____</p>
--	--

Information to be Disclosed (please specify):

Description	Date(s)	Description	Date(s)	Description	Date(s)
<input type="checkbox"/> Admission Form <input type="checkbox"/> Physician Dictated Reports <input type="checkbox"/> Physician Orders <input type="checkbox"/> Physician Progress Notes <input type="checkbox"/> ER Documentation <input type="checkbox"/> X-ray Reports <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <input type="checkbox"/> EKG(s) <input type="checkbox"/> Operative Documentation		<input type="checkbox"/> Invasive Procedure Documentation <input type="checkbox"/> Medication Sheets <input type="checkbox"/> X-ray Films <input type="checkbox"/> Pathology Slides <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entire Medical Record		<p style="text-align: center;"><u>Super-Confidential Information</u></p> <input type="checkbox"/> HIV Testing <input type="checkbox"/> HIV & AIDS Documentation <input type="checkbox"/> Psychiatric Documentation <input type="checkbox"/> Alcohol & Drug Abuse Documentation <p style="text-align: center;">(initials)</p>	

Purpose of Disclosure (please specify):

Continuing care with another physician or hospital
 Personal Copy
 Other (please specify): _____

Authorization:

I understand that:

1. This authorization will remain in effect for 30 days.
2. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not affect any actions taken prior to receiving the revocation.
3. I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary.
4. If the requestor or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be disclosed.
5. If I do not sign this form, my health care and the payment for my health care will not be affected.
6. I understand that I may see and obtain a copy of the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it.
7. I will received a copy of this form after I sign it.

Patient/Guardian/ Representative Signature: _____ **Date:** _____

Patient/Guardian/ Representative Signature: _____ **Relationship to Patient:** _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____

OSCEOLA REGIONAL MEDICAL CENTER USE ONLY:		
Verification of Patient Identification:	Information Verified and Released by:	Date Released:



Patient Label

Osceola Regional Medical Center

700 West Oak Street, Kissimmee, Florida 34741

Nombre **Del Paciente:** _____ Fecha de **Nacimiento:** _____ # Seguro Social **(Optional):** _____

<p align="center">Información Solicitado De:</p> <p align="center">Health Information Management Center</p> <p>Nombre: <u>Osceola Regional Medical Center</u></p> <p>Dirección: <u>700 West Oak Street P.O. Box 458004</u> <u>Kissimmee, FL 34741</u></p> <p>Teléfono: _____</p>	<p align="center">Requeridor De Information:</p> <p><input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
---	--

Información para ser revelada (Por favor especifica):

Descripción	Fecha(s)	Descripción	Fecha(s)	Descripción	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Forma de Admisión <input type="checkbox"/> Reportes Dictados del Médico <input type="checkbox"/> Ordenes del Médico <input type="checkbox"/> Notas de Progreso del Médico <input type="checkbox"/> Documentación de Urgencia <input type="checkbox"/> Reportes de Radiografía <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio <input type="checkbox"/> EKG(electrocardiograma) <input type="checkbox"/> Documentación Operativa		<input type="checkbox"/> Documentación del Procedimiento invasivo <input type="checkbox"/> Hojas de Medicamentos <input type="checkbox"/> Las radiografía <input type="checkbox"/> Los Resbaladeros de la Patología <input type="checkbox"/> Otro: El permiso para hablar con la madre con respecto a retratos ser tomado al recién nacido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo		<p align="center">Información Super Confidencial</p> <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH <input type="checkbox"/> Documentación de VIH y la SIDA <input type="checkbox"/> Documentación Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Documentación de Abusos de Drogas y Alcolismo _____ Iniciales	

El propósito de la Revelación (Por favor especifica):

- Continuando el cuidado con otro médico o hospital Copia Personal Otro: (Por favor especifica) Retratos para me bebé recién Nacido

Autorización:

Entiendo que:

1. Esta autorización se quedará en efecto durante 30 días.
2. Puedo revocar este autorización en cual quier tiempo por escrito, pero si lo hago, no realizaré ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.
3. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntario.
4. Si el recuestar o el receptor no son proveedor de plan de salud o de asistencia médica, la información liberada puede no más ser protegido por regulaciones federales de privacidad y puede seguir siendo reveladas.
5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en esta forma, para un honorario razonable, si lo pido.
6. Recibiré una copia de esta forma.
7. ¿Recibirá el recipiente finacial o en-amable compensación a cambio de utilizar o revelar esta información?
 Sí No
 Si sí, describe: El departamento recibe un porcentaje de la comisión y ventas netas de paquete de foto.

Firma del Paciente/

Guardián/Representativa: _____

Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Relación al Paciente: _____

Firma del Presencie _____

Fecha: _____

Sólo Use de Osceola Regional Medical Center:

Comprobación de Identificación del Paciente, (Banda de Identificación del Hospital)	Información verificado y liberado por:	Fecha liberado:



Patient Label

Osceola Regional Medical Center
700 West Oak Street, Kissimmee, Florida 34741