



Ocala Family Medical Center
 2230 SW 19th Avenue Road
 Ocala, FL 34471
 Phone: (352) 237-4133
 Fax: (352) 873-4581

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Yo Solicito y Autorizo a: **Ocala Family Medical Center** to:

Nombre: _____

Enviar los Archivos a:

Dirección: _____

Obtener los Archivos de:

Teléfono: _____ Fax: _____

Tipo y cantidad de información a ser usada o transferida:

Notas de la Visita la Oficina Todas o notas más recientes o ___ año(s) de notas o Desde Fechas: _____ a _____

Laboratorio / Patología Todas o notas más recientes o ___ año(s) de notas o Desde Fechas: _____ a _____

Reportes Cardiacos Tipo de Estudio: _____ Desde Fechas: _____ a _____ Todas

Reportes Radiológicos Tipo de Estudio: _____ Desde Fechas: _____ a _____ Todas

Radiografías en CD: Tipo de Estudio: _____ Desde Fechas: _____ a _____ Todas

Archivo Completo o ___ año(s) o Desde Fechas: _____ a _____

Otros: _____

Vía: Lo Recogerá en la oficina Fax **Archivo de PDF** vía Secure Messaging o el Portal para los Pacientes

Propósito de la Solicitud: Transferencia de Atención Medica Continuidad de la Atención Medica Personal

Firma del Paciente / Representante Legal

_____/_____/_____
Fecha

Yo entiendo que los archivos medico incluyen diagnósticos, tratamientos y/o exámenes relacionados con mi cuidado de mi salud y puede contener información relacionada con el abuso de drogas o alcohol, salud mental, test de VIH y enfermedades de transmisión sexual. Yo entiendo que la ley del estado prohíbe la re-divulgación sin consentimiento. Yo entiendo que este permiso quedara en efecto por (1) año o hasta el momento que se revoque por escrito. Yo entiendo que tengo el derecho de obtener e inspeccionar una copia de toda la información a ser enviada. Yo autorizo a Ocala Family Medical Center a divulgar la información impresa o en formato electrónico. Yo absuelvo a Ocala Family Medical Center y a sus empleados de cualquier responsabilidad relacionada con la dispersión de mi información ya que fue autorizada por mí. Mi firma en esta autorización o negarse a firmar no tendrá ningún efecto con respecto al cuidado de su salud obtenido en Ocala Family Medical Center. Yo entiendo que pueden cobrar hasta \$1.00 por página por cada página copiada o \$10.00 por un CD que contenga la información. Esta cuota será omitida para copias provistas para la continuación de su cuidado de su salud. Los registros pueden ser recibidos electrónicamente usando el estándar XML para Continuity of Care Record (CCR o Continuity of Care Document (CCD)). Estos registros pueden ser enviados o recibidos en un CD o por Email.

Office use only: Requesting Provider/MA _____

Completed By: _____ Date: _____

Task sent to Film for CD of Radiology Images

Task sent for Hospital Records (Advent Health, Timberidge, ORMC, West Marion)