



Authorization to Obtain Protected Health Information

Florida Medical Records Department

745 ORIENTA AVE SUITE 1161 ALTAMONTE SPRINGS, FL 32701

Phone: (407) 788-9851 Fax: (407) 865-6036

PATIENT NAME: _____ MRN: _____

DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: X X X - X X - _____

ALIAS/MAIDEN NAMES: _____

I hereby authorize SimonMed Imaging to obtain medical records from any provider, without limitation, including the following:

Facility/Entity: _____ Address: _____

Description of protected health information requested:

Copies of FILMS/CD and Reports (in DICOM format)

ULTRASOUND MAMMOGRAM X-RAY CT MRI OTHER: _____

PLEASE FAX REPORTS TO 407-865-6036

PLEASE FAX WHEN CD/FILMS ARE READY FOR COURIER PICK UP

PLEASE MAIL CD/FILMS TO:
SIMONMED IMAGING

745 ORIENTA AVE STE 1161 ALTAMONTE SPRINGS, FL 32701

Privacy Notice: The HIPAA Rules allow those doctors, nurses, hospitals, laboratory technicians and other health care providers that are covered entities to use or disclose protected health information, such as: x-rays, laboratory and pathology reports, diagnosis, diagnosis and other medical information for treatment purposes without the patient's authorization. This includes the information to consult with other providers, including providers who are not covered entities to treat a different patient or to refer the patient. Please refer to 45 CFR 164.506 (a) (2) (i).

Signature of Individual
(Person whom the Information Relates)

Date of Signature

- OR -

Signature of Patient Representative

Date of Signature

Printed Name of Patient Representative

Relationship to Patient

Autorización para obtener información protegida de salud**Departamento de Registros Médicos****745 ORIENTA AVE SUITE 1161 ALTAMONTE SPRINGS, FL 32701****PH:407-788-8664 FAX: 407-865-6036**

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE: _____ MRN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: X X X - X X - _____

ALIAS/APELLIDOS DE SOLTERA: _____

Por este medio autorizo a SimonMed Imaging para que obtenga, sin límite alguno, registros médicos de cualquier proveedor, incluyendo los siguientes:

Centro o entidad: _____ Dirección: _____

Descripción de la información protegida de salud solicitada:

Copias de radiografías o discos e informes (en formato DICOM) ULTRASONIDO MAMOGRAFÍA RAYOS X CT (TOMOGRFÍA) MRI (RESONANCIA MAGNÉTICA) OTRO: _____**POR FAVOR, ENVÍE LOS INFORMES POR FAX AL 407-865-6036** POR FAVOR, AVISE POR FAX CUANDO LAS RADIOGRAFÍAS O LOS DISCOS ESTÉN LISTOS PARA QUE LOS RECOJA UN MENSAJERO POR FAVOR ENVIE POR CORREO LOS DISCOS O LAS RADIOGRAFÍAS A:**745 ORIENTA AVE SUITE 1161 ALTAMONTE SPRINGS, FL 32701**

Aviso de privacidad: Las reglas de la HIPAA (ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros salud) permite a los doctores, enfermeros, hospitales, técnicos de laboratorio y otros proveedores de salud, que son entidades con cobertura, usar o revelar, sin autorización del paciente, información protegida de salud, tal como, radiografías, informes de laboratorio y patología, diagnósticos y otra información médica, para propósitos de tratamiento. Esto incluye la información que se va a pedir a otros proveedores, incluso aquellos que no tienen cobertura para tratar a un paciente diferente o para enviar al paciente a otro proveedor. Por favor, vea la sección 45 CFR 164.506 (a) (2) (i) del código de reglamentos federales.

Firma de la persona
(Persona a la que se refiere la información)

- 0 -

Firma del representante del/de la paciente_____
Nombre del representante del/de la paciente (letra de molde)_____
Fecha de la firma_____
Fecha de la firma_____
Relación con el/la paciente