

# SOLICITUD Y ENTREGA DE REGISTROS MÉDICOS

(Envío de registros entre oficinas de Orlando Epilepsy Center)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

Autorizo a Orlando Epilepsy Center para que solicite o entregue a mi médico mi información de salud.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Autorizo a Orlando Epilepsy Center solicitar o entregar la siguiente información:

- ☐ Exámenes de laboratorio
 ☐ Lista de medicamentos
 ☐ Notas de oficina
 ☐ Informes de imágenes  
☐ Informes de procedimientos
 ☐ Todos los registros
 ☐ Otros

☐ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Excepto en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, entiendo que esta se puede revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito a Orlando Epilepsy Center, a no ser que se haya revocado antes. Esta autorización vencerá en 3 años a partir de la fecha de la firma. (Iniciales) \_\_\_\_\_

También entiendo que si una persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas normas. Sin embargo, se le puede prohibir al destinatario divulgar mi información de salud bajo otras leyes y regulaciones estatales o federales aplicables.

Además, entiendo que la(s) persona(s) a las que autorizo a usar o divulgar mi información pueden recibir una compensación (ya sea directa o indirectamente) por hacerlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo o representante



Fecha: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma de la Representante Autorizada:

☐ Padre o Madre
 ☐ Cuidador Legal
 ☐ Orden judicial
 ☐ Otro \_\_\_\_\_








Updated 01/08/2026 - F20b - V3

## UNIDAD DE MONITOREO DE EPILEPSIA

-  226 W Michigan St, Orlando FL 32806  
 6985 Wallace Rd, Orlando FL 32819

 407 704 8380  
 407 704 8572

## CONSULTORIOS MÉDICOS

-  407 652 6000  
 407 203 3015
-  12617 Narcoossee Rd, Suite 112, Orlando FL 32832  
 2881 Delaney Ave, Orlando FL 32806  
 805 Oakley Seaver Dr, Suite 103, Clermont FL 34711  
 821 E Oak St, Kissimmee, FL 34744  
 1300 City View Center, Oviedo 32765



www.orlando-epilepsy.com