

**SOUTH FLORIDA CARDIOLOGY**  
**D.B.A ELITE HEALTH**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**  
*(Autorización para proporcionar información)*

Name of Patient: *(Nombre del paciente)* \_\_\_\_\_ DOB: *(Fecha de nacimiento)* \_\_\_\_\_  
 Address: *(Dirección)* \_\_\_\_\_  
 Phone: *(Teléfono)* \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p>* Check One: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Pick Up</p> <p><input type="checkbox"/> Please <b>OBTAIN</b> records <b>FROM:</b> <i>(Favor obtener registros medicos de)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Please <b>SEND</b> records <b>TO:</b> <i>(Favor enviar registros medicos a)</i></p> <p>Physician/person/facility/entity <i>(Doctor/persona/Centro Médico/entidad)</i></p> <p>_____</p> <p>Address: <i>(Dirección)</i> _____</p> <p>_____</p> <p>Phone Number: <i>(Teléfono)</i> _____</p> <p>Fax/E-mail: _____</p> | <p>* <b>FOR THE PURPOSE OF:</b> <i>(Con propósito de)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Request of Individual <i>(Solicitud del individuo)</i> <input type="checkbox"/> Insurance <i>(Seguro)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Referral to Specialist <i>(Referido)</i> <input type="checkbox"/> Workers Comp</p> <p><input type="checkbox"/> Change of Doctor <i>(Cambio de Doctor)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Legal Investigation <i>(Investigación legal)</i></p> <p>* <b>The information to be disclosed relates to service dates beginning ___/___/___ and ending ___/___/___.</b><br/> <i>(La información solicitada se relaciona con los servicios de las fechas)</i></p> <p>* <b>Duration:</b> This authorization shall begin immediately and remain in effect until: (date) _____.<br/> <i>(La duración de esta autorización empezará inmediatamente y terminará)</i></p> |
|--|--|

\* **PLEASE SPECIFY WHAT INFORMATION YOU WANT RELEASED:** *(FAVOR, ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN QUE QUIERE LIBERAR)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- \* **Patients must initial for the following (if applicable):** *(Si aplica, debe seleccionar la información siguiente con sus iniciales)*
- \_\_\_\_\_ Psychiatric records/behavioral health/mental health records. *(Archivos de salud mental)*
- \_\_\_\_\_ AIDS/HIV related records. *(Archivos relacionados con SIDA/VIH)*
- \_\_\_\_\_ Drug and/or alcohol/substance abuse records. *(Archivos relacionados con el abuso de sustancias como drogas y alcohol)*

**Note:** There may be a processing fee charge to the patient to cover labor, copying, and supplies used to reproduce medical records.  
*(Puede haber un cargo para el paciente para cubrir la mano de obra, la copia y los suministros utilizados para reproducir registros médicos)*

**CONDITIONS AND NOTIFICATIONS:** *(CONDICIONES Y NOTIFICACIONES)*

By signing this form, I understand that the information released may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected. This authorization is being given to SFCA group practice identified above and to SFCA and each practice and entity affiliated with it.

*(Al firmar este formulario, entiendo que la información publicada puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida. Esta autorización fue otorgada a la práctica de SFCA ya identificada arriba y cada práctica y entidad afiliada con ella.)*

**SIGNATURES:** *(FIRMAS)*

I hereby authorize the use or disclosure of the personal health information as described above. I understand that I may refuse to sign this authorization. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that this organization had acted in reliance upon this authorization.

*(Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud personal como se describió anteriormente. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito. Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que esta organización haya actuado en base a esta autorización.)*

\* **Signature:** \_\_\_\_\_

Patient (Paciente) Date (Fecha)

If signed by other than the patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

\* **REQUIRED FIELDS**

To the receiving agency: Prohibition of re-disclosure. This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected. Any further re-disclosure is strictly prohibited unless the patient provides specific written consent for the subsequent disclosure of this information.  
 (Para el organismo receptor: Prohibición de re-divulgación. Esta información ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad esta protegida. Cualquier otra nueva divulgación esta estrictamente prohibida, salvo que el paciente de su consentimiento expreso y por escrito para la posterior divulgación.)