MEDICAL RECORD REQUEST FORM
FORMULARIO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Instructions / Instrucciones

Complete all applicable sections, check the records to be released, sign and date. / Complete todas las secciones correspondientes, marque los expedientes que desea divulgar, firme y feche.

1. Patient information / Información del paciente

Full name / Nombre completo _____

Date of birth / Fecha de nacimiento _____

2. Consent / Consentimiento

I hereby give my consent to the below named to release my medical records to / Por la presente, doy mi consentimiento a la persona o entidad que se indica a continuación para que facilite mis expedientes médicos a **Florida Arthritis Center PL:**

Name or Facility/Nombre o establecimiento:_____

Address/Dirección:_____

Phone/Teléfono:_____ Fax:_____

3. Information to be released / Información que se divulgará:

I hereby authorize the release of all medical records in your possession regarding my illness/ treatment as indicated to the requesting physician. I understand that the disclosed information may be subject to re-disclosure by Florida Arthritis Center PL. / Por la presente, autorizo la entrega de todos los expedientes médicos que obren en su poder en relación con mi enfermedad o tratamiento, según se indique al médico solicitante. Comprendo que la información divulgada podría ser objeto de una nueva divulgación por parte de Florida Arthritis Center PL.

Record Requested / Registros solicitados:

☐ Progress Note(s)	☐ X-Ray/MRI/CT/DXA	☐ Labs
☐ ECG	☐ Infusion Records	☐ Other: _____

Please send only the most recent unless otherwise specified. This authorization is valid for 180 days from signed date and may be revoked in writing at any time.

Signature/Firma: _____ **Date/Feche:** _____

Florida Arthritis Center
www.flrheum.com

Lake Mary
3070 W. Lake Mary Blvd.
Lake Mary, FL 32746
Office: 407-688-9446
Fax: 407-688-9448

Debary
609 N. Charles Richard Beall Blvd.
Debary, FL 32713
Office: 386-668-1410
Fax: 407-688-9448