



OneOrlando Fund

Autorización de Revelación de Historia Médica

Administrador del Fondo

OneOrlando

a/c Centro Nacional para Víctimas del Crimen

2000 M Street, NW, Suite 480

Washington, DC 20036

Llamada gratis: 855-4VICTIM

Correo electrónico: OneOrlando@ncvc.org

www.OneOrlando.org

Soy el administrador del Fondo OneOrlando (el "Fondo"). La Autorización para Revelar la Historia Clínica adjunta autoriza al Administrador del Fondo a obtener la historia clínica de la persona en referencia quien ha solicitado una reclamación de compensación con el Fondo OneOrlando (el "Solicitante").

Al proporcionar esta autorización, el Solicitante autoriza al Fondo OneOrlando a obtener la historia clínica de los proveedores de salud del Solicitante relacionada con la naturaleza de la lesión y el número de noches de hospitalización por lesiones ocasionadas como resultado del trágico tiroteo en el club Pulse el 12 de junio de 2016, o cualquier otro registro médico solicitado por el Fondo para confirmar la reclamación. La información obtenida de los proveedores de salud del Solicitante bajo esta autorización será utilizada por el Administrador del Fondo únicamente para confirmar las fechas de hospitalización o atención en la sala de emergencia, y la naturaleza de las lesiones físicas para distribuir pago al Solicitante conforme a los requisitos de elegibilidad de Protocolo del Fondo OneOrlando.

Por favor llene, firme y remita el documento adjunto a la dirección de arriba. (Si usted es el Representante Autorizado de un menor, persona incapacitada o incompetente, por favor proporcione la información por el Solicitante, firme y remita este documento a la dirección mostrada a continuación).

Por favor envíe este formulario a:

Fund Administrator: OneOrlando Fund
c/o National Center for Victims of Crime
2000 M Street NW, Suite 480
Washington, DC 20036

Autorización de Revelación de Historia Médica
 Autorización de Uso y Revelación de Información de Salud Protegida
 Según la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguro Médico de 1996

Este formulario autoriza por escrito a sus proveedores del cuidado de su salud a revelar información de su historia médica a las personas que nombre a continuación.

NOMBRE DEL SOLICITANTE															
NOMBRE										N	APELLIDO				
FECHA DE NACIMIENTO								NÚMERO DE SEGURO SOCIAL							

1. Yo, _____ autorizo a los proveedores del cuidado de salud nombrados a continuación a revelar Información Personal de mi Salud (“PHI, por sus siglas en inglés”) incluyendo mi historia clínica de la siguiente manera: los proveedores pueden proveer la PHI o historia clínica solicitada para confirmar mi hospitalización o tratamiento por lesiones ocurridas como resultado del trágico tiroteo en el club Pulse el 12 de junio de 2016, incluyendo pero no limitada a la naturaleza de las lesiones y fechas de hospitalización. Entiendo que debido a la complejidad del proceso de reclamación, las normas y limitaciones de los proveedores para revelar historial médico y PHI, la información provista bajo esta autorización y revelación puede incluir mi historial completo de salud para la admisión al hospital ocurrida el día o alrededor del 12 de junio de 2016. La información obtenida de los proveedores de salud del Solicitante bajo esta autorización será utilizada por el Administrador del Fondo únicamente para realizar sus obligaciones en relación al Protocolo OneOrlando incluyendo: confirmación de elegibilidad y distribución de pago al Solicitante según el criterio y los requisitos del Protocolo del Fondo OneOrlando. (Si el Solicitante es menor de edad o adulto incapacitado, este formulario será firmado por un padre o el guardián legal del Solicitante).

Proveedor del Cuidado de Salud/Hospital/Médico:

	Tel. No. _____
	Tel. No. _____
	Tel. No. _____

2. Por la presente autorizo la revelación de mi historia médica a la siguiente entidad en particular:

Administrador del Fondo, Fondo OneOrlando
 a/c Centro Nacional para Víctimas del Crimen
 2000 M Street, NW, Suite 480
 Washington, DC 20036
 (855) 484-2846

3. Esta autorización de revelación de PHI cubre la historia médica relacionada con el tratamiento recibido durante el período desde el 12 de junio de 2016 al 11 de septiembre, 2016, aún si tal historia fue creada fuera de este período. Esta autorización debe estar vigente hasta que la distribución del Fondo OneOrlando haya terminado.

4. Entiendo que la información de mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o comportamiento y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.