



Orlando Office
1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office
201 Ruby Avenue Suite B, Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

SOLICITUD PARA DOCUMENTACIÓN: REGISTRO o EXPEDIENTE MEDICO

****TODAS LAS SOLICITUDES TOMAN UN MÍNIMO DE 8 A 12 DÍAS HÁBILES, O MÁS DEPENDIENDO DE LA SOLICITUD. ****

Fecha de Hoy: _____ Yo recibo servicios en la oficina de: Kissimmee **OR** Orlando

Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Yo solicito un Carta de Confirmación Sobre el Cliente: (dirigida SOLAMENTE al cliente; fecha de evaluación y última cita, y diagnóstico)

(*GRATIS, no hay cargos para imprimir) **Para recibir este documento:**

- Por favor, suba a mi "Patient Portal." Necesita dirección de correo electrónico: _____
- Yo voy a recogerlo en la oficina de: Orlando **O** Kissimmee.

Yo solicito el siguiente documento(s) de mi expediente médico (marcar todo lo que se aplica):

- Reciente Evaluación Psiquiátrica Notas de Progreso de Citas de Medicamentos (meses?): _____
- Resumen de Alta de Psiquiátrica Resultados de Laboratorio Evaluación/pruebas psicológicas
- Evaluación de Consejería/Terapia & el Plan de Tratamiento Resumen de Alta de Consejería/Terapia
- Otro (especificar): _____

Si CCS imprime un documento de su expediente médico, usted **pagará \$1 por página** por las primeras **25 páginas**, **.25 centavos por página adicional**. A los abogados se les factura por los registros que solicitan. El Seguro Social envía solicitudes directamente a CCS.

Para recibir este documento:

- Por favor, suba a mi "Patient Portal." Necesita dirección de correo electrónico: _____
- Yo voy a recogerlo en la oficina de: Orlando **O** Kissimmee.
- Yo pido que CCS envíe por fax a este proveedor / agencia a continuación (¡Requiere Una Autorización!):

NOMBRE DE PERSONA/AGENCIA/CONTACTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

Mi firma a continuación indica lo siguiente: Entiendo que las solicitudes tardan **un mínimo de 8 a 12 días hábiles o más**, dependiendo de la solicitud. Entiendo que puede haber una tarifa para el documento y estoy de acuerdo en pagar todas **las tarifas antes** de recibirlo. También entiendo que la documentación solicitada puede contener información personal y sensible y acepto la divulgación de esta información según lo solicitado. Soy responsable de mantener la privacidad de estos documentos una vez que los recibo.

Firma del Cliente o Padre/Tutor Legal: _____ Date _____

-----**CCS STAFF ONLY:**-----

Request Received By: _____ Date: _____ Received In: ORL or KISM
Attached Authorization?: Yes or No (Scan/Upload the Release/Authorization separately in Chart)



Orlando Office
1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office
201 Ruby Avenue Suite B, Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

SOLICITUD PARA DOCUMENTACIÓN: FORMULARIOS ESPECIALES Y EVALUACIONES

Fecha de Hoy: _____ Yo recibo servicios en la oficina de: Kissimmee **OR** Orlando

Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Mi firma a continuación indica lo siguiente: Entiendo que CCS **NO** considera ni completa todos los formularios solicitados. También entiendo que soy responsable de preguntar sobre las **tarifas** y que el pago debe enviarse antes de recibir cualquier documento / formulario. Además, algunos formularios **pueden tomar un mínimo de 8-12 días hábiles o varias semanas (dependiendo del tipo) y / o requieren una cita adicional**. Estos formularios son revisados por el departamento de Registros Médicos y los proveedores. **Los resultados del formulario completado no están garantizados. No hay reembolsos.**

SELECCIONAR : Yo solicito que CCS considere la posibilidad de completar lo siguiente: (*= Pagar)

SE NECESITA AUTORIZACIÓN PARA LAS ESCUELAS Y LAS CORTES/FISCALIA:

- K-12 nivel Formularios Escolares para Medicamentos y Acomodaciones Educativos (1 pagina)
- *K-12 nivel Formulario para "Homebound Instruction" u Otro Formulario Escolar (2-3 páginas)
- *Formularios y/o Cartas para Universidades (1-2 páginas)
- *Formulario: Excusar Deber del Jurado ("Jury Duty") (formulario de la corte) (Tiene que añadir la carta)

SE NECESITA AUTORIZACIÓN PARA EMPLEADORES O AGENCIA SOLICITANTE:

- *Formulario de "Short Term/Long Term Disability" para salud mental (los costos varían por paginas)
- * Formulario de "Worker's Accommodations" y Otros Formularios de Labor *
- * Formulario de "Family Medical Leave Act (FMLA)"

SE NECESITA AUTORIZACIÓN PARA EL CIRUJANO / PROVEEDOR MÉDICO QUE SOLICITA:

- *Evaluación para "Bariatric Clearance" & la Carta de Aprobación (y/o formulario) *
- * Evaluación para "Spinal Cord Stimulator" & la Carta de Aprobación (y/o formulario) *
- * Evaluación para "Pain Pump" & la Carta de Aprobación (y/o formulario) *
- * Evaluación para "Emotional Support Animal (ESA)" Animal de Apoyo Emocional & Carta (con el formulario de vivienda completado) -NO para viajar, solamente gatos y perros*
- *(Inmigración) Formulario de "N-648 Medical Certification for Disability Exceptions" (2 pagos) (CCS necesita hacer copias de ID /Social Security /Resident Card/Passport) incluye la evaluación psicológica de auto pago; debe venir a la oficina de Orlando para evaluación)
- *Otra forma: _____

Yo también entiendo que la documentación solicitada puede contener información personal y sensible y acepto la divulgación de esta información según lo solicitado. Soy responsable de mantener la privacidad de estos documentos una vez que los recibo.

Client or Parent/Guardian Signature: _____ Date _____

-----**CCS STAFF ONLY:**-----

Request Received By: _____ Date: _____ Received In: ORL or KISM

Explained Fees?: Yes or No Collected initial payment? Yes or No

Attached Release/Authorization?: Yes or No (Scan/Upload the Release/Authorization separately in Chart)