



Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Últimos 4 números del SSN: \_\_\_\_\_

Número telefónico del paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a Lakeland Regional Health para

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

que divulgue mi PHI a  que obtenga mi PHI de

Nombre: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

para las siguientes fechas de servicio: \_\_\_\_\_

Papel  Electrónico  Dirección de correo electrónico para el envío: \_\_\_\_\_

El tipo de información a usar o divulgar es la siguiente (marque las casillas correspondientes e incluya otra información donde se indique).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (informes dictados, laboratorio, cardiología, radiología)  | <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe(s) de patología    |
| <input type="checkbox"/> CD (radiología, ecocardiograma o imágenes de sala de hemodinámica) | <input type="checkbox"/> Informe(s) operativo(s)   | <input type="checkbox"/> Registro(s) de facturación |
| <input type="checkbox"/> Registro (s) del departamento de emergencia                        | <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología  | <input type="checkbox"/> Resumen del alta           |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico                                   | <input type="checkbox"/> Informe(s) de consulta    | <input type="checkbox"/> ECG                        |
| <input type="checkbox"/> Otros _____  | <input type="checkbox"/> Notas del progreso        |   |

Entiendo que la información protegida de salud especificada anteriormente incluye salud mental, abuso de sustancias (ej., drogas, alcohol), información de estado de VIH/SIDA a menos que se solicite la redacción.

Redacción solicitada \_\_\_\_\_ (coloque las iniciales)

- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Administración de Información Médica. Entiendo que mi revocación no aplica a información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo conforme a mi póliza.
- Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo y a no seguir contando con protección de leyes de privacidad federales o estatales.
- Entiendo que firmo este formulario de manera voluntaria y lo firmo bajo mi libre albedrío. Lakeland Regional Health no condicionará mi tratamiento, inscripción de pago en planes de salud o mi elegibilidad para recibir beneficios al firmar esta planilla.
- Además acepto pagar los gastos para proporcionar información solicitada por el Estatuto de Florida 395.3025 o el Código Administrativo 64B8-10.003.
- Entiendo que a menos que se revoque, esta autorización será válida por seis (6) meses a partir de la fecha de la firma suscrita.

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

Paciente o persona autorizada:  Paciente  Padre/madre  Tutor legal  Representante personal  Poder notarial

Identificación con foto verificada

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

Divulgado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de páginas copiadas: \_\_\_\_\_

LAKELAND REGIONAL HEALTH

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)

