



Patient's Legal Name: _____ MRN: _____

Address: _____ Date of Birth: _____

_____ Last 4 of SSN: _____

Patient's Phone Number: _____

I authorize Lakeland Regional Health

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

to disclose my PHI to to obtain my PHI from

Name: _____ Fax: _____

Address: _____ Phone: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

for the following dates of service: _____

Paper Electronic Email address for electronic delivery: _____

The type of information to be used or disclosed is as follows (check appropriate boxes and include other information where indicated).

- Abstract (dictated reports, laboratory, cardiology, radiology)
- Laboratory report(s)
- Pathology report(s)
- CD (radiology, echocardiogram or cath lab images)
- Operative report(s)
- Billing record(s)
- Emergency department record(s)
- Radiology report(s)
- Discharge summary
- History & physical
- Consultation report(s)
- EKGs
- Other _____
- Progress notes

I understand that the protected health information specified above includes mental health, substance abuse (i.e., drugs, alcohol), HIV/AIDS status information unless redaction is requested. Redaction requested _____ (please initial)

1. I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the Health Information Management department in writing. I understand that my revocation does not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.
2. I understand that the information disclosed may be subject to re-disclosure and no longer protected by federal or state privacy laws.
3. I understand that I am signing this form voluntarily and I am signing this under my own free will. Lakeland Regional Health will not condition my treatment, payment enrollment in health plans or my eligibility for benefits by signing this form.
4. I further agree to pay charges to provide the information requested per Florida Statute 395.3025 or Florida Administrative Code 64B8-10.003.
5. I understand that unless otherwise revoked, this authorization will remain valid for six (6) months from the date signed below.

Signature: _____ Date: _____

Patient or Authorized Person: Patient Parent Legal Guardian Personal Representative Power of Attorney

Photo ID verified

Witness: _____ Date: _____

Released by: _____ Date: _____ # of Pages Copied: _____

LAKELAND REGIONAL HEALTH

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish-English)

CONS00337 LRH 06/16

Page 1 of 2



* 3 R 0 I *



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: _____