



**PATIENT AUTHORIZATION TO USE / DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

PATIENT INFORMATION			
Name			
Last 4 SSN		Date of Birth	
Address			
By signing this form, I authorize the release of protected health information (e.g., medical records)			
Release records <u>FROM</u> :			
(The following information is required: Name of person/organization, contact #, Address, Fax #)			
Send records <u>TO</u> :			
(The following information is required: Name of person/organization, contact #, Address, Fax #)			
Use of office stamp	Method to send records		
	<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> E-mail		
Please select the type of information to be used or disclosed (include dates where appropriate)			
<input type="checkbox"/> Entire record	<input type="checkbox"/> Immunization records	<input type="checkbox"/> Notes from	
<input type="checkbox"/> Medication list	<input type="checkbox"/> Most recent history & physical		
<input type="checkbox"/> Problem List	<input type="checkbox"/> Lab results	<input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> List of allergies	<input type="checkbox"/> X-ray & Imaging reports		
I further authorize the release of following information which may be included in my medical records			
<input type="checkbox"/> Alcohol/Substance Abuse treatment		<input type="checkbox"/> Mental Health information (Excluding Psychotherapy)	
<input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS-related information		<input type="checkbox"/> Psychotherapy Notes	
<input type="checkbox"/> Genetic testing		<input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> Do not release alcohol/substance abuse, Mental health, STD, HIV/AIDS or genetic information			
This authorization for release of information covers the period of healthcare services rendered from			
<input type="checkbox"/> _____ - _____		<input type="checkbox"/> All past, present, and future periods	
Unless revoked, this authorization will expire			
<input type="checkbox"/> Expiration date: _____		<input type="checkbox"/> Automatic expiration after one year	
<p>I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease and other reportable disease, AIDS/HIV. It may also include psychiatric or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse. By not selecting any of these options above, I understand sexually transmitted diseases, mental health, and drug abuse will not be disclosed.</p> <p>I have the right to revoke this authorization at any time by contacting Florida Medical Clinic. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.</p> <p>I understand signing this authorization is voluntary. I do not need to sign this form in order to receive treatment.</p> <p>I understand that any disclosure of information carries with the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.</p> <p>I understand there is a fee for obtaining medical records and I agree to pay for such charges.</p> <p>If I have any questions about disclosure of my PHI I can contact Florida Medical Clinic's Privacy Officer at (352)567-0188.</p>			
Signature:			Date:
Print Name:		Signature by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Proxy	
(Internal Use ONLY) Verbal consent was given by patient <b>Must obtain 2 patient identifiers</b>			
Name of employee:		Date:	
Identifier 1:		Identifier 2:	



**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre			
Últimos 4 dígitos de SSN		FECHA DE NACIMIENTO	
Dirección			

**Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información médica protegida (por ejemplo, expedientes médicos)**

**Liberar registros DE:**  
(Se requiere la siguiente información: nombre de la persona u organización, núm. de contacto y fax y dirección)

--

**Enviar registros A:**  
(Se requiere la siguiente información: nombre de la persona u organización, núm. de contacto y fax y dirección)

Usar sello de origen	Método para enviar los expedientes
	<input type="checkbox"/> Fax
	<input type="checkbox"/> Correo
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico

**Seleccione el tipo de información que se usará o divulgará (incluya fechas cuando corresponda)**

<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Registros de vacunación	<input type="checkbox"/> Notas de
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes médicos más recientes	
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Lista de alergias	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X e imagenología	

**Además, autorizo la divulgación de la siguiente información en caso de que esté incluida en mis expedientes médicos**

<input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de alcohol o sustancias	<input type="checkbox"/> Información de salud mental (No Psychotherapy)
<input type="checkbox"/> Información relacionada con ETS, VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Psychotherapy
<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Otro

transmisión sexual, VIH o SIDA o información genética

**Esta autorización para la divulgación de información abarca los servicios médicos prestados durante el periodo:**

<input type="checkbox"/> _____ - _____	<input type="checkbox"/> Todos los períodos pasados, presentes y futuros.
--	---

**A menos que se revoque antes, esta autorización expirará:**

<input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento: _____	<input type="checkbox"/> Vencimiento automático después de un año.
--	--

Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir detalles relacionados con enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades de notificación obligatoria, SIDA / VIH. También puede incluir detalles sobre servicios psiquiátricos o de salud mental y tratamientos por abuso de alcohol y drogas. Al no seleccionar ninguna de las opciones de arriba, entiendo que no se divulgará la información sobre enfermedades de transmisión sexual, salud mental y abuso de drogas.  
Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con Florida Medical Clinic, PA. Entiendo que puedo revocar esta autorización, salvo en los casos en que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización.  
Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento.  
Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información no puede ser protegida por las normas federales de confidencialidad.  
Entiendo que se aplica una tarifa por obtener expedientes médicos y acepto pagar dichos cargos  
Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Florida Medical Clinic a través del teléfono (352) 567-0188.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Nombre en letra de molde:	Firmado por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Apoderado
<b>(Solo para uso interno) El paciente dio su consentimiento verbal Deben recabarse 2 datos del paciente</b>	

Nombre del empleado:	Fecha:
Dato 1:	Dato 2: