



# Autorización Para Duplicar y Enviar Información Médica/Dental del Paciente

P.O. Box 232 • Dade City, FL 33526 • Phone (352) 518-2000 • Fax (352) 567-0218

## Enviar Registro de Salud Médico o Dental de:

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha(s) de Servicio
---------------------	---------------------	----------------------

Yo autorizo a los médicos o empleados de Premier Community HealthCare Group, Inc., duplicar o enviar el expediente médico y/o información de la salud del individuo indicado, que incluiría registros médicos o dentales.

Yo autorizo a Premier que revele la información del individuo a la organización indicada:

Marque lo que aplique:  **Duplicar/Enviar**       **Recibir/Aceptar**       **Intercambiar**

Nombre de la persona o agencia: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Por favor, verifique todas las áreas y MARQUE lo que aplique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos   | <input type="checkbox"/> Los resultados de diagnósticos                         |
| <input type="checkbox"/> Expediente del Hospital—especifique fechas _____         | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                                      |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo, especifique fechas _____     | <input type="checkbox"/> <b>Pruebas del VIH/SIDA – Requiere Iniciales</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Financiera, facturación y/o reclamaciones de facturación | <input type="checkbox"/> Registros de Inmunización                              |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico  | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                              |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos y resultados de laboratorio        | <input type="checkbox"/> Signos Vitales   |

### REGISTROS DE SALUD MENTAL

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial  | <input type="checkbox"/> Medicamento psiquiátrico y notas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro Uso _____                   |

### PARA EL PROPÓSITO DE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asuntos relacionados con la corte | <input type="checkbox"/> Información para Compañía de Seguros |
| <input type="checkbox"/> Comunicación con la Escuela       | <input type="checkbox"/> Otra razón o motivo                  |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de atención médica    | <input type="checkbox"/> Relacionado con abogado              |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad                       | <input type="checkbox"/> Uso Personal                         |

*Entiendo que la información de mi Registro de Salud puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades de notificación obligatoria, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información psiquiátrica o los servicios de salud mental y tratamiento para abuso de alcohol y drogas.*

**Autorizado(s) por:**  Paciente       Representante Autorizado       Padres       Guardian Legal  
 Esposo o Esposa       Administrador/Ejecutor de Bienes Sobreviviente       Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Autorización:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Si Guardian Legal, administrador, o albacea de herencia, prueba legal debe acompañar esta autorización\*\*\*\*\*

**Witness/Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*PCHG Care Team Member*

**El paciente o representante autorizado puede revocar esta autorización en cualquier momento (después de que haya sido firmado) mediante el envío de una solicitud por escrito a Premier. Esta autorización caducará automáticamente un (1) año después de la fecha de la firma.**

### NOTE TO THE RECIPIENT OF THE ATTACHED RECORDS: PROHIBITION OF REDISCLOSURE

*This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by State Law and HIPAA regulations. State law prohibits you from making any further disclosure of such information without the consent of the person to whom such information pertains, or as otherwise permitted by state law. General medical authorization to release psychiatric and or psychological, HIV, and drug and alcohol information is invalid according to the Florida Statute 394.459, 381.004, 396.11, and or 90.503 and Federal Regulation 42 CFR part 2. Your records will not be released without this specific waiver, except under the following circumstances: a valid emergency, upon receipt of a Court Order, or upon receipt of a request which may be governed by other Florida Statutes, such as Workers Compensation, etc. When exchanging information, in cases where the consumer is involved in treatment with other agencies/professionals to assist in coordinating treatment, this authorization may include verbal as well as written communication.*

### **FOR INTERNAL USE ONLY: A COPY OF THIS DOCUMENT ACCOMPANIES THE RECORDS DISCLOSED**

**Release date:** \_\_\_\_\_ **by:** \_\_\_\_\_  PAPER     ELECTRONIC     MAILED     IN PERSON (ID Required)