

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information

- Winter Haven Hospital
200 Avenue F, N.E.
Winter Haven, FL 33881
- Winter Haven Women's
Hospital
101 Avenue O, S.E.
Winter Haven, FL 33881
- Center for Behavioral Health
1201 1st Street S.
Winter Haven, FL 33880
- Bostick Heart Center
 Cassidy Cancer Center
 Family Health Centers
 Robotics Institute & Center for
Urology

Other: _____
(Name) (Address)

(City) (State) (Zip)

I hereby authorize the above hospital(s), outpatient behavioral health and/or physician office(s) to use or disclose the following information from the health records of the individual whose name is disclosed below. (Please print)

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____
(City) (State) (Zip)

Phone Number: _____ Social Security #: _____

I authorize the above hospital(s), outpatient behavioral health and/or physician office(s) to release medical, mental, alcohol and/or drug abuse, HIV (human immunodeficiency virus) testing, AIDS, eating disorders or any other medical information of a sensitive nature to the following individuals or organization(s):

Name: _____

Address: _____
(City) (State) (Zip)

- This information for which I'm authorizing disclosure will be used for the following purpose:

Description: _____

Dates of service to be released: _____

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

Copy medical records to **Electronic medium** **OR** **Paper**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abstract | <input type="checkbox"/> Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Lab results / X-Ray and Imaging |
| <input type="checkbox"/> History & Physical Reports | <input type="checkbox"/> Emergency Room Reports |
| <input type="checkbox"/> Operative Reports | <input type="checkbox"/> Consultation Reports |
| <input type="checkbox"/> Other: (please describe) _____ | |

I understand that if the organization authorized to receive the information is not a health plan or healthcare provider, the release of information may no longer be protected by Federal privacy regulations. I understand that I need not sign this authorization to ensure treatment. This authorization shall remain valid for six months from the date signed below.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the department or facility listed on the authorization. I understand that the revocation will 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.

Signed: _____ Date: _____

Patient or Authorized Person: Parent Legal Guardian Executor Power of Attorney

Photo ID checked

Witness: _____ Date: _____

Copied by: _____ Date: _____ Pages copied: _____

WHH - 80145

Rev: 11/14

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Winter Haven Hospital, Inc.
Winter Haven, FL 33881



3 R O I -

Autorización para Usar o Divulgar Información Protegida sobre Salud

Winter Haven Hospital
200 Avenue F, N.E.
Winter Haven, FL 33881

Winter Haven Women's
Hospital
101 Avenue O, S.E.
Winter Haven, FL 33881

Center for Behavioral Health
1201 1st Street S.
Winter Haven, FL 33880

Bostick Heart Center
 Cassidy Cancer Center
 Family Health Centers
 Robotics Institute & Center for
Urology

Otro: _____
(nombre) (dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

Por la presente autorizo el hospital arriba(s), el comportamiento de la salud ambulatoria y/o consultorio médico(s) para usar o divulgar la información siguiente de los registros de salud de la persona cuyo nombre se presenta a continuación. (Favor de escribir en letra de imprenta)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
(ciudad) (estado) (código postal)

Número de teléfono: _____ No. de Seguro Social: _____

Autoriza al hospital arriba(s), el comportamiento de la salud ambulatoria y/o consultorio médico(s) para divulgar información médica, mental, sobre abuso de alcohol y/o drogas, pruebas de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA, trastornos de la alimentación médica de carácter confidencial a loas siguientes personas u organización(es):

Nombre: _____

Dirección: _____
(ciudad) (estado) (código postal)

• Esta información autorizo será usado para el siguiente propósito:

Descripción: _____

Fechas de servicio a divulgarse: _____

La información que ha de ser usada o divulgada es del siguiente tipo (marque las casillas pertinentes e incluya información adicional donde se indique) Copia de registros médicos: **Electronic medium** OR **Papel**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sinopsis | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Resumen de descargo | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio/Rayos X e imágenes diagnósticas |
| <input type="checkbox"/> Historia y registros sobre el estado físico | <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias Informes |
| <input type="checkbox"/> Registros quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Registros de consultas |
| <input type="checkbox"/> Otro: (favor de describir): _____ | |

Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica, la información divulgada puede no estar protegida por los reglamentos de privacidad Federales. Entiendo que no es necesario que firme esta autorización para garantizar el tratamiento. Esta autorización tendrá validez durante seis meses a partir de la fecha de la firma a continuación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento o las instalaciones indicados en la misma. Entiendo que la revocación no será pertinente a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a la presente autorización. Entiendo que la revocación no sera pertinente a mi compañía aseguradora cuando las leyes otorguen a ésta el derecho de impugnar una reclamación de conformidad con mi póliza.

Firmado: _____ Fecha: _____

Paciente o Persona Autorizada: Padre/Madre Tutor Legal Albacea Testamentario Poder Legal

ID de la foto seleccionada

Testigo: _____ Fecha: _____

Copiado por: _____ Fecha: _____ Páginas copiadas: _____

WHH - 80145

Rev: 11/14

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

Winter Haven Hospital, Inc.
Winter Haven, FL 33881