



1114 Bell Shoals Rd
Brandon, FL. 33511
Phone (813) 940-8140
Fax (813) 940-8148

AUTHORIZATION TO USE & DISCLOSE HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Child's Name / Nombre: _____

DOB / Fecha de Nacimiento: _____

Patient Account # / No. De Cuenta: _____

Person/Organization PROVIDING the Information: <i>Persona/Organización Proporcionando la Información</i>	Person/Organization RECEIVING the Information: <i>Persona/Organización Recibiendo la Información</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

I authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information for the purpose checked below. Yo autorizo el uso o divulgación de mi expediente médico por el propósito que marque abajo.

_____ Complete copy of medical & lab record (Copia completa del expediente médico y de laboratorio)

_____ Immunization Record (Expediente de Vacunas)

_____ Discharge Summary (Resumen del alta médico)

_____ X-Ray/Diagnostic Imaging (Rayos X/Imagen Diagnostica)

_____ Specific Date of Treatment (Fecha específica de tratamiento) ____/____/____

_____ HIV Test Results (Resultados de la prueba HIV) _____ Initials / Iniciales

_____ Other (please explain) Otro (por favor explique) _____

I have reviewed and I understand this authorization. I also understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected under federal law. He revisado y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o diseminada conforme a esta autorización la puede volver a diseminar el destinatario y ya no está protegida bajo la ley federal.

Patient Signature / Firma del Paciente _____

Date / Fecha ____/____/____

Patient's Representative / Representante del Paciente _____

Date / Fecha ____/____/____

Witness / Testigo _____