

**Jose F. Polanco, M.D., P.A.**

**Liliana Mejia, A.R.N.P.**

311 3<sup>rd</sup> Ave E, Bradenton, FL 34208

**Phone:** (941) 708-3358 **Fax:** (941) 749-1046

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE DEBE SER LIBERADA PARA EL PROPÓSITO DE:**

\_\_\_\_\_ Cuidado Continuo      \_\_\_\_\_ Consultar      \_\_\_\_\_ Planificación de Tratamiento  
\_\_\_\_\_ Nueva Primaria      \_\_\_\_\_ Legal      \_\_\_\_\_ Evaluación Psicológica

**\*NO CD'S PLEASE!**

**Doctores Anteriores:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER LIBERADO:**

\_\_\_\_\_ Resumen de Admisión / Alta      \_\_\_\_\_ Historia y Examen Físico      \_\_\_\_\_ Evaluación Psicológica  
\_\_\_\_\_ Plan de Tratamiento      \_\_\_\_\_ Laboratorios y Diagnóstico      \_\_\_\_\_ Notas de Progreso  
\_\_\_\_\_ Evaluación Psiquiátrica      \_\_\_\_\_ Medicación      \_\_\_\_\_ Todos los Registros Médicos

**Aviso de Prohibición de Redescubrimiento:** Esta información se le ha revelado a usted de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de la Florida Esta información se le ha revelado a usted de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de la Florida (394.459,3.96.053,381.609,455.2416,90.503,90.242). Las Reglas Federales y las Estatutos Estatales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de esta persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. (394.459,3.96.053,381.609,455.2416,90.503,90.242). Las Reglas Federales y las Estatutos Estatales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de esta persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2.

**Reconocimiento de Entendimiento:**

✓Entiendo que tengo el derecho de rechazar esta autorización. Si apruebo, los individuos mencionados anteriormente se liberan de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada.

✓Esto autorizará a José F. Polanco, M.D., P.A. a liberar o recibir información de salud protegida así como psicológica, psiquiátrica, abuso de alcohol / drogas / VIH y / o SIDA de mis registros de salud de acuerdo con los Estatutos de Florida y los Estatutos de Florida y Federal y Reglas y regulaciones de HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha