

# RETINA GROUP OF FLORIDA

PLEASE FILL OUT ALL PAGES

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente* *Fecha de Nacimiento* *Fecha*

**Family/Primary Doctor/Internist:** \_\_\_\_\_ **Eye Doctor:** \_\_\_\_\_  
*Doctor Familia/Primario/Internista* *Doctor de Ojos*

**List ALL medical problems:**  
*Enumere TODOS sus problemas médicos*

---

---

---

**List ALL prescribed medications with dosage:**  
*Enumere TODAS sus medicinas de prescripción incluyendo dosis*

---

---

---

---

**Have you received a Pneumonia Vaccination?**  YES  NO **If YES, date of vaccination:** \_\_\_\_\_  
*¿Ha recibido la vacuna contra Neumonía?* *SI* *NO* *fecha de vacunación*

**Have you received a Flu Vaccination?**  YES  NO **If YES, date of vaccination:** \_\_\_\_\_  
*¿Ha recibido la vacuna contra la Gripe?* *SI* *NO* *fecha de vacunación*

**LIST ALL EYE DROPS**  
*Enumere TODAS sus gotas para los Ojos*

---

---

---

**Do you have any ALLERGIES to medications or eye drops?**  YES  NO  
*¿Tiene alguna ALERGIA a medicinas o gotas para los ojos?* *SI* *NO*

**If YES, list the medications and/or eye drops:**  
*Si tiene alergias, enumere las medicinas y/o gotas*

---

---

# RETINA GROUP OF FLORIDA

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

*Nombre del Paciente*

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

*Fecha de Nacimiento*

**Date:** \_\_\_\_\_

*Fecha*

## **PAST EYE HISTORY**

*Historia ocular*

### **MARK ALL THAT APPLY**

*Marque las respuestas que correspondan*

**CATARACT**

*Cataratas*

**DISTORTION**

*Distorsión visual*

**EYE INJURY/TRAUMA**

*Trauma/Herida en los ojos*

**FLASHING/ LIGHTS**

*Luces centelleantes*

**FLOATERS**

*Flotadores en visión*

**GLAUCOMA**

*Glaucoma*

**GLARE**

*Deslumbramiento*

**LAZY EYE**

*Ojo Perezoso*

**RETINAL DETACHMENT**

*Desprendimiento de Retina*

**NONE**

*Ninguno*

**Please list any other eye problems:**

*Enumere cualquier otro problema de sus ojos*

---

---

---

**List all EYE surgeries:**

*Enumere todas las cirugías de sus OJOS*

---

---

**List all OTHER surgeries:**

*Enumere todas sus cirugías*

---

---

**Have you been hospitalized in the last 12 months?**

*¿Ha estado hospitalizado(a) en los últimos 12 meses?*

**YES**

*SI*

**NO**

*NO*

**If YES, list the reason and all dates:**

*Si lo estuvo, enumere las razones y fechas*

---

---

# RETINA GROUP OF FLORIDA

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente* *Fecha de Nacimiento* *Fecha*

**Do you have diabetes?**  YES  NO  
*¿Tiene diabetes?* *SI* *NO*

**What type do you have?**  Type I (one)  Type II (two)  
*¿Qué tipo de diabetes tiene?* *Tipo 1* *Tipo 2*

**If YES, How long have you been a diabetic?** \_\_\_\_\_  
*Si es diabético, ¿hace cuánto que tiene diabetes?*

**Is your Diabetes controlled or uncontrolled?** \_\_\_\_\_  
*¿Está su diabetes controlada o no?*

**What was your last Blood Sugar Level?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuál fue su último nivel de azúcar?*

**What was your last Hemoglobin A1C?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuál fue su último nivel de hemoglobina glicosilada (A1C)?*

**Do you use Insulin?**  YES  NO  
*¿Utiliza insulina?* *SI* *NO*

## **REVIEW OF SYSTEMS** *Revisión de Sistemas*

**Please mark the box and or circle any persistent symptoms you have had in the past 6 months.**  
*Por favor marque la casilla de cualquier síntoma que haya tenido en los últimos 6 meses:*

### **Cardiovascular:**

- High Blood pressure  
*Presión Alta*
- Headaches  
*Dolor de Cabeza*
- Palpitations (fast or irregular heartbeat)  
*Palpitaciones (latidos rapidos o irregulares)*
- Fainting  
*Desmayos*
- Heart Attack  
*Infarto al Corazón*
- Chest Pain  
*Dolor de Pecho*
- No Problems  
*Ningún Problema*

### **Constitutional:**

- Fever  
*Fiebre*
- Weight loss  
*Pérdida de peso*
- Fatigue  
*Fatiga*
- Loss of appetite  
*Pérdida de apetito*
- Chills  
*Escalofríos*
- No Problems  
*Ningún Problema*

### **Ear/Nose/Throat Oídos/Nariz/Garganta**

- Hearing Loss  
*Problemas de audición*
- Sore throat/Difficulties Swallowing  
*Dolor de garganta/Dificultad para deglutir*
- Runny Nose  
*Nariz congestionada*
- Dry Mouth  
*Sequedad de boca*
- Dizziness  
*Mareos*
- Nose Bleeds  
*Sangrado de Nariz*
- No Problems/Ningún Problema

# RETINA GROUP OF FLORIDA

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

*Nombre del Paciente*

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

*Fecha de Nacimiento*

**Date:** \_\_\_\_\_

*Fecha*

## **Endocrine:**

### *Endocrino*

Excessive Thirst  
*Sed excesiva*

Excessive Urination  
*Orina excesiva*

Heat/Cold intolerance  
*Intolerancia al calor o frío*

Hair Loss/Dry Skin  
*Caída de pelo/Sequedad de piel*

No Problems  
*Ningún Problema*

## **Gastrointestinal:**

Abdominal Pain  
*Dolor Abdominal*

Diarrhea  
*Diarrea*

Nausea  
*Nausea*

Bloody Stool  
*Sangre en sus heces*

Mouth Sore/Ulcers  
*Úlceras o heridas en su boca*

Stomach Ulcers  
*Úlceras en estómago*

Constipation  
*Estreñimiento*

Reflux  
*Reflujo/Acidez*

No Problems  
*Ningún Problema*

## **Genitourinary:**

### *Genitourinario*

Pain/Burning on Urination  
*Dolor o Ardor al Orinar*

Blood in Urine  
*Sangre en la Orina*

Bladder trouble  
*Problemas con Vejiga*

Dialysis  
*Dialisis*

Genital Sores/Ulcers  
*Úlceras o heridas en sus genitales*

Impotence  
*Impotencia*

Kidney Problems  
*Problemas con sus Riñones*

No Problems  
*Ningún Problema*

## **Hematology:**

### *Hematológicos*

Easy Bruising  
*Moretones con facilidad*

Prolonged Bleeding  
*Sangrado prolongado*

No Problems  
*Ningún Problema*

## **Musculoskeletal:**

### *Músculo esquelético*

Muscle Aches  
*Dolor muscular*

Joint Pain  
*Dolor de articulaciones*

Muscle Cramps  
*Calambre muscular*

Joint Swelling  
*Hinchazón de articulaciones*

Back Pain  
*Dolor de espalda*

Difficulty lying flat  
*Dificultad para acostarse de espalda*

No Problems  
*Ningún Problema*

## **Neurologic**

### *Neurológico*

Weakness  
*Debilidad*

Scalp Tenderness  
*Dolor y sensibilidad en la sien*

Stroke  
*Derrame Cerebral*

Paralysis  
*Parálisis*

Seizures or Convulsions  
*Convulsiones*

Numbness/Tingle in Body  
*Endormecimiento u hormigueo en el cuerpo*

Tremor  
*Tremor*

No Problems/*Ningún Problema*

# RETINA GROUP OF FLORIDA

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente* *Fecha de Nacimiento* *Fecha*

## Respiratory:

### *Respiratorio*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wheezing<br><i>Silbidos al respirar</i> | <input type="checkbox"/> Coughing up blood<br><i>Tos con sangre</i>                         | <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing<br><i>Dificultad para respirar</i> |
| <input type="checkbox"/> Chronic Cough<br><i>Tos crónica</i>     | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath<br><i>Falta de aire</i>                        | <input type="checkbox"/> No Problems<br><i>Ningún Problema</i>                   |
|  | <input type="checkbox"/> Severe or Frequent Colds<br><i>Resfriados severos o frecuentes</i> |  |

## Other systemic problems not listed above:

*Otros problemas sistémicos que no fueron nombrados anteriormente*

---

---

## SOCIAL HISTORY

### *Historia Social*

## Smoking/Tobacco (Mark One)

*¿Usted fuma? (Marque una de las respuestas a continuación)*

**Never**  
*Nunca*

**Former** **If you are a FORMER smoker, how long ago did you quit?** \_\_\_\_\_  
*Lo dejó* *Si usted fumaba, ¿Hace cuánto dejó de fumar?*

**How much did you smoke? \_\_\_\_\_ packs per week**  
*¿Cuánto fumaba? cajetillas por semana*

**Current** **If CURRENTLY smoking \_\_\_\_\_ packs per week**  
*Aún fumo* *Si aún fuma* *cajetillas por semana*

**Alcohol:**  **None**  **1-2 per week**  **3-4 per week**  **7+ per week**  
*Nada* *1-2 por semana* *3-4 por semana* *7+ por semana*

**Substance Abuse:**  **YES**  **NO**  
*Uso de drogas* *SI* *NO*

**Occupation:** \_\_\_\_\_  
*Ocupación*

**Previous Occupation if retired:** \_\_\_\_\_  
*Ocupación previa si ya está retirado*



# INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE

**Teléfonos:**

**Celular** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial 2do Nombre)

**Casa** \_\_\_\_\_

**Apoderado (para menores de edad):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial 2do Nombre)

**Dirección en Florida:** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

¿Vive en un "Skilled Nursing Facility" o Centro de Rehabilitación? **Si / No**

**Otra dirección de contacto:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo electrónico (E-Mail):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguridad Social:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M / F

**FARMACIA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

*Seguro de Salud*

**Primario:** \_\_\_\_\_ **ID #:** \_\_\_\_\_

**Titular de Póliza de Seguro:** \_\_\_\_\_

*Seguro de Salud*

**Secundario:** \_\_\_\_\_ **ID #:** \_\_\_\_\_

**Titular de Póliza de Seguro:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Doctor de Ojos que lo refirió:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Ciudad) (Estado)

**Doctor Primario/General:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Ciudad) (Estado)

## **Autorización del paciente para divulgar y/o recibir información para el propósito del pago de la reclamación.**

Autorizo a Retina Group of Florida (RGF), a los médicos de RGF y/o a cualquier empleado o agente de RGF a divulgar cualquier información relacionada con los servicios prestados y permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para cobrar los servicios y presentar reclamos a mi compañía de seguros. Por la presente, doy permiso para contactar a cualquiera de las partes enumeradas en este formulario o en mi historia clínica para verificar el seguro, el crédito o la información personal. Queremos que sepa que nuestros empleados, gerentes y médicos se capacitan continuamente para que puedan comprender y cumplir con las normas y regulaciones gubernamentales con respecto a la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de privacidad". Nos esforzamos por tomar siempre las precauciones razonables para proteger su privacidad, y queremos que sepa que respaldamos su pleno acceso a su registro médico personal. Entiendo que soy responsable de los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos por mi seguro de salud al momento de recibir los servicios médicos.

---

Firma del paciente (Firma del tutor si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

## **AUTORIZACIÓN DE POR VIDA**

### **Certificación de Pacientes de Medicare y Medicaid: Autorización para Divulgar Información y Solicitar pago.**

Yo certifico que la información proporcionada por mí para solicitar el pago conforme al TÍTULO XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo que cualquier información médica o de otro tipo sobre mí, se divulgue a la Administración del Seguro Social o sus proveedores intermediarios para este reclamo relacionado o de Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios de pago por los servicios de los médicos. Entiendo que soy responsable de los deducibles y coseguros de mi seguro de salud.

---

Firma del Paciente (Firma del tutor si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

Fecha



# DILATACIÓN DE PUPILAS

## Información y Consentimiento

Una parte del examen completo de los ojos que es realizado en nuestra oficina incluye la dilatación de las pupilas. Esto es esencial para evaluación completa de su retina. La dilatación pupilar requiere colocación de gotas para los ojos y el efecto puede durar varias horas.

La dilatación crea dificultad para enfocarse en objetos cercanos o al leer.

La dilatación pupilar puede causar que el conducir un automóvil u operar maquinaria pesada sea peligroso.

La dilatación de las pupilas rara vez puede causar glaucoma agudo, cuyos signos incluyen enrojecimiento, dolor intenso, náuseas o pérdida de la visión. Si esto ocurre después de la dilatación, por favor llame a nuestra oficina inmediatamente.

Al firmar a continuación, acepto entender lo anteriormente escrito y doy mi consentimiento para la dilatación de mis pupilas durante mis visitas a esta oficina.

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

**RETINA GROUP OF FLORIDA**  
**ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN DE RESPALDO**

La tarifa por el servicio prestado es una obligación del paciente y vence al momento del servicio. Si usted tiene seguro médico, nuestro personal lo ayudará a obtener todos los beneficios permitidos por su compañía de seguros. Sin embargo, en caso de que la compañía de seguros rechace la cobertura previamente confirmada o reembolse un monto menor que el que se cobra, el paciente es completamente responsable de la totalidad de la obligación. Cualquier servicio no cubierto por su compañía de seguros debe ser pagado en el momento del servicio.

Yo entiendo completamente que soy responsable directa y completamente con Retina Group of Florida por todas las facturas médicas presentadas por RGF o sus agentes por los servicios prestados a mi persona. Además, acepto permitir que Retina Group of Florida divulgue cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamación médica presentada en mi nombre. Además, autorizo el pago de beneficios médicos a Retina Group of Florida por los servicios prestados. He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido y todas mis preguntas han sido respondidas. Por el presente acuerdo, acepto los pagos de acuerdo con los términos y condiciones establecidos, y acepto los honorarios de cobro, los intereses, los honorarios de los tribunales y los abogados si son necesarios para cobrar los saldos pendientes.

Yo (nosotros) los abajo firmantes autorizamos a Retina Group of Florida y sus agentes a endosar en (nuestro) nombre, los borradores médicos recibidos de pagadores terceros.

Firma autorizando \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

## Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Nombre: \_\_\_\_\_

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR LEALO CON CUIDADO.**

Este aviso de prácticas de privacidad describe como podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física y mental pasada, presente o futura y otros servicios de atención médica.

### **1. Usos y divulgaciones de información de salud protegida**

Usos y divulgación de información de salud protegida

Su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas externas a nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento puedan utilizar y divulgar su información médica protegida para proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica médica y cualquier otro que requiera la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

**Pago:** Se usará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de nuestros servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de facultades de medicina que visitan pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo exige la ley; Problemas de salud pública según lo exige la ley; Enfermedades contagiosas; Supervisión de salud; Abuso o negligencia; Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos; Procedimientos legales; Cumplimiento de la ley; Forenses, directores de funerarias y donación de órganos; Investigación; Actividad criminal; Actividad militar y seguridad nacional; Compensación del trabajador; Presos; Usos requeridos y divulgaciones. Conforme a la ley, debemos divulgarle su información a usted y cuando lo requiera la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar si cumplimos con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidas y requeridas se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objeción, a menos que así lo exija la ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico haya tomado una medida basándose en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

## **Tus Derechos**

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.** Conforme a la ley federal, sin embargo, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida se divulgue a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para una notificación con el propósito descrito en este Aviso de Prácticas de Políticas. Su solicitud debe indicar la restricción específica y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que puede solicitar. Si el médico cree que a usted le conviene permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no estará restringida. En este caso, usted tiene el derecho a utilizar a otro profesional de la salud.

**Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene el derecho de obtener un documento de este aviso,** previa solicitud, incluso si ha aceptado este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

**Puede tener derecho a que su médico modifique su información de salud protegida.** Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le brindaremos una copia de dicha refutación.

**Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si corresponde, de su información de salud protegida.**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo cualquier cambio. Luego tiene el derecho de objetar o retirar su aprobación según lo dispuesto en este aviso.

## **Quejas**

Puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su reclamo. **No tomaremos represalias contra usted por llenar una queja.**

Este Aviso se publicó y entra en vigor el **14 de abril de 2003** o antes.

---

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro oficial de cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON HIPAA  
PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

A quien le pueda interesar:

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

autorizo la divulgación de toda la documentación médica y toda otra información, incluyendo la información de salud protegida que yo personalmente podría obtener a pedido, que puede estar en posesión de cualquier proveedor de atención médica, centro médico, asegurador, médico, hospital, servicio de ambulancia o enfermera o cualquier otra entidad cubierta bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Nombre Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

con respecto a mi historial médico completo y condición física y mental antes y después de la fecha de esta autorización, independientemente del tiempo transcurrido. La(s) persona(s) mencionada(s) arriba esta(n) designada(s) como mi(s) "representante(s) personal(es)" tal como ese término sea usado dentro de HIPAA.

**Tengo la intención de que la(s) persona(s) listada(s) arriba tengan  
autoridad para obtener acceso inmediato a mis registros médicos.**

Con la presentación de esta autorización (o una fotocopia), estoy autorizándolo a divulgar una copia de mis registros a cualquier persona que sea mi representante personal. Entiendo que la información revelada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del representante personal y puede que ya no esté protegida por la ley federal.

El objetivo de la divulgación es permitir que las personas mencionadas anteriormente actúen como mi representante personal bajo HIPAA, incluida la capacidad de acceder y volver a publicar mis registros médicos. Se considerará que esta autorización cumple con todos los requisitos de HIPAA (45 CFR Sección 164)

Esta autorización entrará en vigor en la fecha de su firma y vencerá dos años después de mi muerte. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, independientemente de mi condición mental o física, enviando un aviso por escrito a mis proveedores médicos o utilizando cualquier método capaz de revocar una agencia de atención médica según la ley de Florida.

Firma de la persona que autoriza la divulgación:

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma presenciada en fecha

indicada anteriormente por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n. ° 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n. ° 2

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n. ° 3

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n. ° 4

Los testigos no deben ser ninguna de las personas mencionadas anteriormente o herederos míos

**Usted puede negarse a firmar esta autorización.**