



PACIENTE			SEGURO	
NOMBRE			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	
DIRECCIÓN			GRUPO	NRO. GRUPO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL (ZIP)	TELÉFONO DEL PACIENTE	
EMPLEADOR			TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
FDN			SUSCRIPTOR	FDN
MÉDICO			NRO. DE PÓLIZA	

El abajo firmante es el paciente o parte garante en relación con esta cuenta, POR LA PRESENTE ACUERDA LO SIGUIENTE:

1. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y RECIBIR INFORMACIÓN: El abajo firmante autoriza a Lakeland Regional Health Systems, Inc. que opera bajo la denominación comercial Lakeland Regional Health Physicians Group (LRHPG) a divulgar y obtener información de las aseguradoras enumeradas en el registro del paciente o de cualquier compañía de seguros representada como responsable contractual del pago total o parcial de la factura de la atención médica del paciente y de la información y los registros de diagnóstico y terapéuticos (incluyendo cualquier tratamiento o evaluación por enfermedad mental, abuso de alcohol, abuso de drogas o VIH/SIDA), según sea necesario, para determinar el derecho a los beneficios y procesar los reclamos de pago por la atención médica brindada al paciente mencionado anteriormente. Esta autorización será válida solo por el período de tiempo necesario para procesar realmente las solicitudes de pago relacionadas con el paciente, pero en cualquier caso dejará de ser válida a los 18 meses a partir de esta fecha.

Autorizo a LRHPG, a sus socios comerciales, cualquier proveedor de atención médica que me brinde atención y a sus socios comerciales (a) a que se pongan en contacto conmigo por teléfono (incluso a través de los teléfonos inalámbricos o celulares) usando cualquier número de teléfono que haya proporcionado o esté asociado con mi registro, lo que podría resultar en un cargo para mí y (b) que dicho contacto puede ser a través del uso de tecnología de marcado automatizado o mensajes pregrabados. También autorizo la divulgación de información médica y financiera para la atención continua, pagos/facturación, garantía de calidad y otras operaciones de atención médica, por parte de mi médico personal o cualquier proveedor de atención médica, agencias y profesionales que me atiendan durante mi cuidado o cooperen con LRHPG en el proceso de tratamiento. Autorizo además la divulgación de información y registros de diagnóstico y terapéuticos (que incluyen cualquier tratamiento o evaluación por enfermedad mental, abuso de alcohol, abuso de drogas o VIH/SIDA) por parte de Lakeland Regional Medical Center Foundation, Inc. para que se utilicen solo para fines educativos, científicos y de beneficencia en apoyo de LRHPG. Entiendo que las autorizaciones anteriores están sujetas a anulación, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones en dependencia de estas.

Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas de LRHPG a través de mensajes de texto al número de teléfono proporcionado anteriormente: Sí

Reconozco que puedo cancelar la suscripción en cualquier momento al responder "STOP (DETENER)" a un mensaje de texto recibido de LRHPG y que tales mensajes podrían tener como resultado un cargo para mí.

2. CESIÓN IRREVOCABLE DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: Cedo a LRHPG todos los derechos sobre cualquier seguro y causas legales de acción que pueda tener y que puedan resultar en la recuperación de los beneficios del seguro, de cualquier naturaleza, ya sea de terceros o de otra índole, y designo a LRHPG como Representante Autorizado de mis Beneficios de Empleado o del plan calificado de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). Esta cesión incluye cualquier y toda cobertura de protección contra lesiones personales (Personal Injury Protection, PIP), salud, discapacidad, cobertura de responsabilidad civil, autoseguro, beneficios con base en el empleo, cobertura de seguro de terceros o cualquier otra cobertura de seguro. Autorizo y ordeno a cualquier compañía de seguros, incluyendo a los operadores de terceros o al administrador de beneficios, responsable del pago total o parcial de mi/la factura de atención médica del paciente, para aceptar reclamos de, y para pagarle directamente a LRHPG todos los pagos por seguros o beneficios, o cobertura que de otro modo serían pagaderos a, o para (mí) el paciente. Acepto remitir a LRHPG todos los pagos por seguros, beneficios y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos. Esta cesión y cita incluye la autorización para recibir informes de accidentes de vehículos de motor, y todos y cada uno de los recursos legales para incluir solicitudes, determinación de elegibilidad, reclamos y apelaciones de beneficios para hacer cumplir el pago del seguro o los beneficios derivados. LRHPG no está en la obligación de presentar ninguna acción contra ninguna parte. LRHPG puede transferir esta cesión a su discreción. Cualquier renuncia a esta cesión, o cita, debe realizarse por escrito, por parte de un representante autorizado de LRHPG.

3. AUTORIZACIÓN DE MEDICAID: ¿Medicaid aplica?  Sí  No En caso afirmativo: Certifico que soy beneficiario del programa de Medicaid, Título XIX, y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre y autorizo a LRHPG y a mi compañía de seguros a poner a disposición del Departamento de Niños y Familias de Florida, y para dar u obtener de cualquier centro de atención médica o médico, cualquier información solicitada sobre registros médicos, de seguros y financiera relacionada con mi tratamiento. Por la presente certifico que todo el seguro se debe asignar a LRHPG.

4. AUTORIZACIÓN DE POR VIDA PARA LA CESIÓN Y AUTORIZACIÓN DE MEDICARE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: ¿Medicare aplica?  Sí  No En caso afirmativo, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica, o de otro tipo sobre mí, a divulgar u obtener de la Administración del Seguro Social o de sus intermediarios u operadores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Entiendo que esta es una autorización de por vida. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios prestados por LRHPG, sus médicos y proveedores; incluyendo el pago de cargos no cancelados por ciertas consultas médicas proporcionadas por especialistas o médicos a quienes LRHPG está autorizado a facturar. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible y coaseguro del seguro de salud.

LAKELAND REGIONAL HEALTH  
LRH PHYSICIANS GROUP  
RELEASE/AUTHORIZATION FORM  
(Spanish)



\* 4 C N T \*

**5. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** En consideración del tratamiento y los servicios prestados por LRHPG, el abajo firmante garantiza incondicionalmente el pago del saldo de la cuenta al momento del alta médica del paciente. LRHPG procesa los reclamos de seguros verificados y asignados como cortesía, pero el esfuerzo que realiza LRHPG por recaudar los beneficios derivados del seguro no influye en la responsabilidad del paciente/abajo firmante con relación a cualquier saldo en la cuenta. Todos los saldos que no ampare el seguro serán pagaderos al momento del alta médica. Si es necesario remitir esta cuenta para cobranza, para hacer cumplir estas obligaciones, el paciente o la persona abajo firmante acepta pagar todos los gastos de recaudación, incluyendo los honorarios razonables de los abogados de LRHPG. El lugar apropiado para cualquier acción legal será en el condado de Polk, Florida.

**6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO:** Autorizo a LRHPG y al médico o médicos a cargo de mi atención o la del paciente mencionado anteriormente, a administrar cualquier tratamiento, administrar dichos anestésicos y medicamentos, para realizar dichas operaciones (incluyendo transfusiones de sangre), realizar dichos procedimientos y pruebas de laboratorio (incluyendo, entre otros, pruebas de sangre para VIH/SIDA) y desechar tejidos, partes del cuerpo u órganos retirados según él, ella o ellos lo consideren necesario o aconsejable de acuerdo con el diagnóstico y tratamiento de este paciente. Además, doy instrucciones a LRHPG, sus agentes y empleados para que sigan las indicaciones y órdenes del médico o los médicos a cargo de la atención del paciente mencionado anteriormente. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados de los tratamientos o exámenes en LRHPG.

**7. AVISO A PACIENTES REMITIDOS POR OTROS MÉDICOS:** En relación con su examen o consulta inicial, la ley de Florida le otorga el derecho de decidir consultar con un médico u otro profesional con licencia supervisado por el médico. LRHPG utiliza asistentes de médicos capacitados y con licencia (Physicians Assistant, PA) y enfermeras practicantes registradas avanzadas (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP) para ayudar en la atención de nuestros pacientes. Nuestros AP o ARNP trabajan estrechamente con nuestros médicos, y su examen o consulta inicial por parte de un PA o una ARNP lo revisa y aprueba uno de nuestros médicos. Durante el curso de su tratamiento es probable que sea evaluado por uno de nuestros PA o ARNP, y uno de nuestros AP o ARNP podría evaluarlo en su consulta inicial. Usted tiene el derecho de decidir si consulta a un PA, una ARNP o a un médico en su consulta inicial. Por lo tanto, si rechaza ser evaluado o tratado por un PA o una ARNP en su consulta inicial, por favor firme el espacio a continuación.

Nombre

Fecha/Hora

**8. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LOS ARTÍCULOS PERSONALES:** No hay una caja fuerte disponible para los servicios ambulatorios realizados en LRHPG. Acepto que LRHPG no será responsable por ninguna pérdida de dinero o daños a mi propiedad. Asumiré toda la responsabilidad por cualquier propiedad.

**9. REGISTROS ELECTRÓNICOS DE ATENCIÓN MÉDICA:** Registro de salud personal para sus futuras necesidades de atención médica. Lakeland Regional Health Systems, Inc. (LRHS) y LRHPG proporcionan un método gratuito, seguro y con base en la web para que los pacientes accedan a partes de sus registros médicos (Portal del paciente). El Portal del paciente le permite ejercer un papel más activo en la administración de su atención médica de manera segura, brindándole acceso a su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI). Además, LRHS y LRHPG pueden participar y transmitir la PHI a un sistema mundial de registros de salud que permita que LRHPG, LRHS, entidades afiliadas y asociados compartan la PHI para su tratamiento. LRHS y LRHPG también pueden participar en varios intercambios seguros de información de salud que faciliten el acceso a su PHI por parte de otros proveedores de atención médica para brindarle tratamiento. Reconozco que mi PHI, incluyendo los registros y otra información relacionada con mi historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas de laboratorio clínico y atención ambulatoria (incluyendo cualquier información relacionada con condiciones delicadas, que incluyen, entre otras, las siguientes: abuso de drogas, alcohol o sustancias; trastornos psicológicos, psiquiátricos o de otro tipo o discapacidades del desarrollo; anemia drepanocítica; control de la natalidad y planificación familiar; registros que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o una enfermedad no transmisible, incluyendo pruebas y registros de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual o tuberculosis y enfermedades o pruebas genéticas) se ubicarán en el Portal del paciente seguro y pueden transmitirse a un sistema mundial de registros de salud para fines de mi tratamiento y solo se divulgarán o compartirán con mi autorización.

Reconozco que he leído las páginas de este formulario, incluyendo las secciones anteriores numeradas del 1 al 9, y que entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

Nombre en letra de imprenta

Nombre del garante en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha/Hora

Firma del garante

Fecha/Hora

Firma del testigo nro. 1

Fecha/Hora

Firma del co-garante

Fecha/Hora

Firma del testigo nro. 2

Fecha/Hora

Relación del garante con el paciente

LAKELAND REGIONAL HEALTH  
LRH PHYSICIANS GROUP  
RELEASE/AUTHORIZATION FORM  
(Spanish)