



La siguiente persona(s) puede recibir información de Lakeland Regional Health acerca de mi afección y diagnóstico médico o de salud conductual (incluyendo el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica).

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parentesco: _____

En este momento, escojo no designar a ninguna persona con quien Lakeland Regional Health pueda compartir información acerca de afección y diagnóstico médico o de salud conductual (incluyendo el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica).

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha/Hora

Nombre del proveedor: _____





The following individual(s) may receive information from Lakeland Regional Health about my general medical or behavioral health condition and diagnosis (including treatment, payment, and healthcare options).

Name: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Relationship: _____

Name: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Relationship: _____

At this time, *I choose not* to designate any individual to whom Lakeland Regional Health may share information about my general medical or behavioral health condition and diagnosis (including treatment, payment, and healthcare options).

Patient Name (printed)

Date of Birth

Signature of Patient or Responsible Party

Date/Time

Provider Name: _____