



735 N. 6th Ave  
Wauchula, FL 33873  
P (863) 773-3322  
F (863) 773-6458

363 US 27 South  
Sebring, FL 33870  
P (863) 385-7070  
F (863) 385-7080

2442 NE Hwy  
Arcadia, FL 34266  
P (863) 491-5854  
F (863) 773-6458

70 27 US 27 North  
Lake Placid, FL 33852  
P (863) 465-4904  
F (844) 656-0704

2315 US 27  
Avon Park, FL 33825  
P (863) 212-7070  
F (863) 238-1640

### Records Release

To: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_

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

#### Information to be released:

- Medical history, exam reports
- Surgical reports
- Treatment or Test
- Hospital records including reports
- X-Ray reports
- Development Disabilities
- Laboratory reports
- Prescriptions
- Consultations

Other (specify): \_\_\_\_\_

#### Doctor requesting records:

Mark D. Sevigny, OD

Robyn Russell, OD

Bradley Peltzer, OD

Ronald O. Sevigny, OD

Daniel Black, OD

Angela Anderson, OD

#### Purpose for need of Disclosure:

At the request of the individual

I understand that the health information disclosed as a result of the authorization may or no longer be protected by the federal privacy standards and my health information might be re-disclosed without obtaining my authorization.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient, Parent, Guardian**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date



Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ PCP: \_\_\_\_\_ Martial Status (circle one): M / S / D

**HIPAA PRIVACY**

Pertaining to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), below is our attempt to protect our patient's right of privacy. Your signature indicates to whom your information is to be released.

**Below are listed those individuals that my medical records are allowed to be released to.**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**EMAIL CONSENT**

\*Most popular email services do not utilize encrypted email. When we send you an email, or you send us an email, the information sent is not encrypted. This means a third party may be able to access the information and read it since it is transmitted over the internet. Email is a very popular and convenient way to communicate. The guideline states that if a patient is made aware of this risk and provides consent to receive communication via email, then a healthy entity may send that patient medical information via unencrypted email. Please sign below.

\_\_\_\_ **OPTION 1-ALLOW UNENCRYPTED EMAIL** I understand the risks of unencrypted email and do hereby give permission to Sevigny and Associates Eye Care to send me personal health information via unencrypted email

\_\_\_\_ **OPTION 2-DO NOT ALLOW UNENCRYPTED EMAIL** I do not wish to receive personal health information via email

Signature: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Please print email address: \_\_\_\_\_  
(Parent or guardian if patient is a minor)

**If you would like a print out of the full HIPAA Privacy Policy, please inform our staff so that we may appropriately provide you with this information.**



735 N. 6th Ave  
Wauchula, FL 33873  
P (863) 773-3322  
F (863) 773-6458

363 US 27 South  
Sebring, FL 33870  
P (863) 385-7070  
F (863) 385-7080

2442 NE Hwy  
Arcadia, FL 34266  
P (863) 491-5854  
F (863) 773-6458

70 27 US 27 North  
Lake Placid, FL 33852  
P (863) 465-4904  
F (844) 656-0704

2315 US 27  
Avon Park, FL 33825  
P (863) 212-7070  
F (863) 238-1640

### Autorización de Liberación de Grabación

Para: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Información a publicar:

- Historial médico, informes de exámenes
- Informes quirúrgicos
- Tratamiento o prueba
- Expedientes hospitalarios incluyendo informes
- Informes de rayos X
- Discapacidades de desarrollo
- Informes de laboratorio
- Recetas
- Consultas
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

#### Doctor solicitando registros:

- Mark D. Seigny, OD
- Robyn Russell, OD
- Bradley Peltzer, OD
- Ronald O. Seigny, OD
- Daniel Black, OD
- Angela Anderson, OD

#### Propósito de la necesidad de divulgación:

- A petición del individuo

Entiendo que la información de salud revelada como resultado de la autorización puede o no estar protegida por las normas federales de privacidad y mi información de salud podría volver a ser revelada sin obtener mi autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial (circule): C / S / D

### **PRIVACIDAD DE HIPAA**

En relación con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), a continuación, se encuentra nuestro intento de proteger el derecho de privacidad de nuestros pacientes. Su firma indica a quién se divulgará su información.

#### **A continuación se enumeran aquellas personas a las que se les permite divulgar mis registros médicos.**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### **Consentimiento Por Correo Electrónico**

\* Los servicios de correo electrónico más populares no utilizan correo electrónico cifrado. Cuando le enviamos un correo electrónico, o usted nos envía un correo electrónico, la información enviada no está encriptada. Esto significa que un tercero puede acceder a la información y leerla, ya que se transmite a través de Internet. El correo electrónico es una forma muy popular y conveniente de comunicarse. La directriz establece que si un paciente es consciente de este riesgo y da su consentimiento para recibir comunicación por correo electrónico, una entidad sana puede enviarle información médica a ese paciente por correo electrónico no cifrado. Por favor firme abajo.

Learn to pronounce

\_\_\_\_ **OPCIÓN 1: PERMITIR CORREO ELECTRÓNICO SIN ENCRYPTAR** Entiendo los riesgos del correo electrónico sin cifrar y por la presente doy permiso a Sevigny and Associates Eye Care para que me envíe información personal de salud por correo electrónico sin cifrar

\_\_\_\_ **OPCIÓN 2: NO PERMITA EL CORREO ELECTRÓNICO SIN ENCRYPTAR** No deseo recibir información personal de salud por correo electrónico

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Si desea una copia impresa de la Política de privacidad completa de HIPAA, informe a nuestro personal para que podamos proporcionarle esta información de manera adecuada.**