



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo el uso o divulgación de información del expediente médico de:

Nombre del paciente: _____ Médico (a) de HEA: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ubicación de HEA: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Autorizo a HOUSTON EYE ASSOCIATES a ENVIAR registros a:	Autorizo a HOUSTON EYE ASSOCIATES a RECIBIR registros de:												
Persona/Organización: _____	Persona/Organización: _____												
Dirección: _____	Dirección: _____												
<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado</td> <td>Código postal</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Ciudad	Estado	Código postal	<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado</td> <td>Código postal</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____											
Ciudad	Estado	Código postal											
_____	_____	_____											
Ciudad	Estado	Código postal											
Teléfono: _____	Teléfono: _____												
Fax: _____	Fax: _____												
Enviar por: <input type="checkbox"/> Descargar <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo	Enviar por: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Mail												

Intervalo de fechas de los registros solicitados: _____ a _____

FINALIDAD DE LA DIVULGACION: Atención Médica Continua Solicitud del Paciente
 S.S. Determinación de la Discapacidad Otro (describa por favor): _____

Sulte lo siguiente:
 Pasados 12 mesas Todos los registros disponibles
 Otro (describa por favor): _____
 Registro completo **excluyendo**— Pruebas de HIV y Dependencia Química

Entiendo que mi historial de salud puede incluir información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que la información divulgada es para el propósito específico indicado anteriormente. Cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento por escrito del paciente está prohibido.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la persona u organización que publique información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si no puedo especificar una fecha de vencimiento, o condición, esta autorización expirará en 6 meses.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o tener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federal. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad con HOUSTON EYE ASSOCIATES en 2855 Gramercy St., Houston, Texas 77025.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación con el paciente (si es representante legal)

Fecha