

**HOUSTON EYE ASSOCIATES**  
**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento sea revelada para:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Registro Medico # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_\_

Yo autorizó \_\_\_\_\_ a divulgar información de salud del individuo nombrado arriba. Esta información puede ser revelada y usado por el siguiente individuo o organización:

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para el propósito de: \_\_\_\_\_

Por favor, libren el siguiente:

Pasado 12 meses  Todos los registros disponibles

Otro (Por Favor Describe) \_\_\_\_\_

Registro completo **excluyendo** - Prueba del VIH y Dependencia de Sustancias Químicas

Yo entiendo que mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental o de comportamiento, y el tratamiento de abuso de alcohol y drogas.

Yo entiendo que la información publicada es para el propósito específico indicado anteriormente. Queda prohibido cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento por escrito del paciente.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al individuo o organización liberando mi información. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley disponga mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_

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

Entiendo que la autorización para divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de asegurar un tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o tener una copia de la información utilizada o divulgada, tal como prevé en CFR 164.524. Al firmar esta autorización, yo entiendo la información a revelar puede ser revelada nuevamente sin autorización y que la información puede no estar protegida por reglamentos federales de privacidad. Si tengo preguntas acerca de mi información de salud, yo puedo llamar al Oficial de Privacidad con HOUSTON EYE ASSOCIATES en 7155 Old Katy Road, Suite N 100 Houston, Texas 77024.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del paciente (Si es Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

7155 Old Katy Road, N. 100, Houston, Texas 77024 (713) 668-6828 Fax (713) 668-2158