

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Propósito: Este formulario se utiliza para confirmar la dirección de un individuo para autorizar a Visionary Eye Doctors a solicitar, usar o compartir la información de salud del individuo.

**POR FAVOR, ESCRIBE FORMA LEGIBLE; No podemos procesar los formularios incompletos o ilegibles.**  
***\*Indica campos obligatorios***

---

### SECCIÓN A: IDENTIDAD DEL SOLICITANTE DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL INDIVIDUO (MARQUE UNO)

- Paciente  
 Padre/ Guardián del menor de edad  
 Padre / Guardián autorizado para dar su consentimiento para la atención médica (Adulto)  
 Otro: \_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ (Debe ser una máquina Segura)

### SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE AUTORIZADA PARA SU USO Y DIVULGACIÓN

\*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ # De Apt: \_\_\_\_\_

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

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN C: AUTORIZACIÓN

La póliza de nuestra clínica es compartir los registros de la última visita del paciente y todas las pruebas de diagnóstico realizadas durante esa visita. Si desea tener más que la última visita, por favor indique las fechas aquí: \_\_\_\_\_

### MOTIVO: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

- Cambio/Transferencia de atención médica  
 Investigación o Acción legal  
 Personal (a petición mía)  
 Elegibilidad / Beneficios del seguro  
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**SECCIÓN D: DERECHOS RESPECTO A SUS INFORMACION MÉDICA:**

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito mi revocación a Visionary Eye Doctors. Para obtener un formulario para revocar esta autorización, entiendo que puedo comunicarme con Visionary Eye Doctors. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que Visionary Eye Doctors u otras personas nombradas o no nombradas hayan tomado en base a esta autorización antes de que Visionary Eye Doctors recibiera mi notificación escrita de revocación.

**SECCIÓN E: FIRMA A la persona – Por favor lea lo siguiente:** Autorizo de compartir mi información de salud como se describe en las secciones C y D anteriores. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir y/o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de la información de salud, podrían divulgar aún más la información de salud y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad de la información de salud. He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que el contenido es consistente con mi intención.

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

Si un representante personal está haciendo esta solicitud, adjunte una copia de cualquier documento que de autoridad legal y complete lo siguiente:

**Nombre del representante personal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el individuo:** \_\_\_\_\_

**Para finalizar este formulario, debe enviarse por fax al (301) 896-0968 o enviarse por correo a 11300 Rockville Pike Suite 1202, Rockville, MD 20852, atención a Jennifer Flores, o traerlo a la oficina por el solicitante. Nuestro equipo compartirá los registros médicos dentro de 3-5 días después de recibir este formulario completo.**

Visionary Eye Doctors tiene prohibido condicionar la provisión de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios al requisito de que una persona interesada firme la autorización.