



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad /Estado/Código postal _____

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica de:

Howerton Eye Clinic, P LLC
Nombre de la persona /organización que recibe la información
2610 S IH 35 Austin / TX / 78704
Dirección Ciudad /Estado/Código postal
512-443-9715 // 512-443-9845
Número de teléfono // Numero de Fax

Para revelar mi información:

Nombre de la persona/organización que revelará la información
Dirección Ciudad /Estado/Código postal
Número de teléfono // Número de fax

INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ :

Historial médico completo
Registros médicos para fechas específicas de servicio (enumere) del _____ al _____
Otro (enumere) _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la información se haya enviado según lo solicitado y sea válida por un período de 1 año, a menos que se indique lo contrario anteriormente o se revoque mediante registros médicos.

DERECHOS DEL PACIENTE:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la dirección que figura a continuación. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido utilizada o revelada, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o revelada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a revelar y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. *Cualquier información recibida por esta oficina para nuestro propio uso continuará protegida por la Regla Federal de Privacidad (HIPPA).* Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o revelará como se describe en este documento mediante notificación por escrito. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma.

X _____ X _____
Nombre impreso del paciente o representante personal Firma del paciente o representante personal FECHA

Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte la documentación necesaria)

Fecha de envío: _____ Por: _____ Vía: _____