

Perez Eye Care

Autorización para divulgación de información a familiares

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Muchos de nuestros pacientes autorizan a familiares, como su cónyuge, padres u otros, a llamar y solicitar información médica o sobre facturación. Conforme a los requisitos de la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPPA, por sus siglas en inglés), no estamos autorizados a proporcionar esta información a ninguna persona sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue su información médica o sobre facturación a familiares, debe firmar este formulario. La firma del presente solo proporcionará información a los familiares indicados abajo.

Autorizo a Perez Eye Care a divulgar mi información médica y/o de facturación a las siguientes personas:

1. _____ Relación con el paciente: _____
2. _____ Relación con el paciente: _____
3. _____ Relación con el paciente: _____
4. _____ Relación con el paciente: _____

Información del paciente

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización cuando lo desee y de inspeccionar o fotocopiar la información médica confidencial que se divulgará.

Entiendo que la información que se divulgará a alguno de los destinatarios mencionados ya no estará protegida por la ley federal o estatal y podría quedar sujeta a divulgación por el destinatario arriba mencionado.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Firma: _____

Fecha: _____