

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Dirección del paciente

Número de teléfono del paciente

Autorizo la divulgación de información de salud que me identifique (*incluyendo, si corresponde, información sobre abuso de sustancias, condiciones de salud mental, infección por VIH y SIDA*) en las siguientes condiciones:

Autorizo a la oficina que figura a continuación para divulgar todos los registros y toda la información pertinente a **Wyandotte Family Eyecare Center**.

Nombre de la oficina

Dirección

Código postal

Teléfono

Fax

Autorizo a **Wyandotte Family Eyecare Center** a divulgar todos los registros y cualquier información pertinente a la oficina que se indica a continuación.

Nombre de la oficina

Dirección

Código postal

Teléfono

Fax

Es totalmente su decisión si desea o no firmar este formulario de autorización. No nos negaremos a tratarlo. Si decide no firmarlo, puede revocarlo en cualquier momento comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad, anotado en el Aviso de Prácticas de Privacidad, por fax, correo electrónico o carta.

Cuando su información de salud se divulga bajo esta autorización, el destinatario no tiene la obligación de proteger su confidencialidad. El destinatario puede volver a divulgar la información como desee.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE.

Nombre del paciente

Fecha

Representativa

Relación representativa al paciente

Si está firmando como representante personal del paciente, indique su relación.



**WYANDOTTE
FAMILY
EYECARE
CENTER**

DOCTORS of OPTOMETRY

COMPASSION | INTEGRITY | INNOVATION

21 N. 12th Street, #102
Kansas City, KS 66102
913.342.4405 | 913.342.4406 fax

Records_Release_Wyandotte_SPANISH
12/14/2018