

**METROLINA EYE**  
**ASSOCIATES**  
*A Clear Vision of Excellence*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre anterior/s (aka): \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

**Autorizo a**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona designada, organización o proveedor de

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono o dirección

**A divulgar mi información de salud a**

**Autorizo a**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona designada, organización o proveedor de

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono o dirección

**Información que se publicará:**

- Todos los registros medicos  
 Todos los registros de facturación médica  
 Rayos x e imágenes informes

Otros: \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento:**

- Todas las fechas  
 **Fechas específicas:**

\_\_\_\_\_

1. Entiendo que mi consentimiento es necesario para liberar cualquier información sanitaria relacionada con la prueba/diagnóstico y/o tratamiento para VIH (Virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, salud mental y trastornos psiquiátricos o uso de drogas o alcohol. Si he sido probado, diagnosticados o tratados por VIH (Virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, salud mental y trastornos psiquiátricos o uso de drogas o alcohol, usted está específicamente autorizado para salud toda la información relativa a dicho diagnóstico, prueba o tratamiento.
2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria y tienes mi consentimiento para liberar los registros médicos de todas las fechas incluyendo todas las pruebas diagnósticas de cualquier tipo e informes, historia, hospitalización, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, medicación y registros de farmacia, correspondencias, consultas, declaración de cargos o gastos. Cualquier y todos los reportes de cualquier tipo o naturaleza.
3. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en la escritura. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley establece que mi compañía de seguros con el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza. Para revocar una autorización puedo llenar un formulario de revocación disponible en el proveedor de servicio o escribir una carta al proveedor del servicio.
4. Entiendo que una vez que la información de salud que he autorizado a revelarse llega al receptor destacado, que persona u organización puede volver a revelarla, momento en el que ya no puede estar protegido bajo las leyes de privacidad.
5. Entiendo que la información autorizada para publicación puede incluir registros que pueden indicar la presencia de enfermedades transmisibles o no transmisibles.
6. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de salud (tratamiento, pago o inscripción).

**Esta autorización caducará 90 días desde la fecha de firma. Una copia o facsímil de esta autorización se contarán verdadera y válida como el original.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firmada por el Representante Legal, relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo