COLORADO RETINA

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS

El paciente debe proporcionar información completa y precisa; CRA solo procesará formularios de autorización válidos y completos.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

APELLIDO _____ NOMBRE _____ Inicial _____ FEC. NAC._____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE: (*Marque UNO de los siguientes*)

1. ☐ TODOS LOS REGISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA 2. ☐ TRATAMIENTO DE: _____
3. ☐ TRATAMIENTO RECIBIDO EN LAS SIGUIENTES FECHAS: FECHA DE INICIO _____ FIN _____
4. ☐ OTRO (*describa, incluyendo imágenes*): _____

Los registros confidenciales requieren autorización específica del paciente. **ESCRIBA SUS INICIALES EN LOS REGISTROS SOLICITADOS:**

Autorizo la divulgación de la información que figura a continuación: ***(escriba sus iniciales a continuación)***

X _____ Salud mental **X** _____ITS (incluido el VIH/SIDA) **X**_____Abuso de drogas/alcohol

---

SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS: AUTORIZO AL SIGUIENTE PROVEEDOR/CLÍNICA A DIVULGAR MIS REGISTROS MÉDICOS A COLORADO RETINA ASSOCIATES, fax: 303-262-1601

NOMBRE DE LA CLÍNICA _____ NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

TELÉFONO _____ FAX _____

PROPÓSITO O NECESIDAD PARA LA QUE SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN: ***(marque una)***

☐ Evaluación y presentación de daños/reclamaciones ☐ A petición de la persona ☐ Otro: Litigios

AUTORIZACIÓN: Certifico que esta solicitud se ha hecho voluntariamente y que la información proporcionada arriba es precisa según mi leal saber y entender. Esta autorización expirará automáticamente una vez satisfecha la necesidad de divulgación o si es revocada por escrito por el paciente, pero en cualquier caso en _____(*fecha indicada por el paciente*) o _____ días posteriores; o bajo las siguientes condiciones si ocurren antes de la fecha de expiración específica indicada arriba:

X Firma del paciente _____ **X Fecha** _____

Declaración requerida por HIPAA: Entiendo que el tratamiento no relacionado con investigaciones no puede estar condicionado a la firma de esta autorización. Entiendo que la información proporcionada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario en circunstancias que ya no estén protegidas por las reglas de privacidad de HIPAA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero tal revocación no se aplicará a la información ya divulgada para cumplir con tal autorización. Para revocar esta autorización, debo notificar por escrito al médico o proveedor de atención médica mencionado en la autorización, así como a la organización o entidad a la que he autorizado la divulgación de la información.