



P.O. Box 2588  
Hickory, NC 28603  
Teléfono: (828) 322-2050 ext. 6763  
Fax: (828) 324-4271

Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Débito a la reglamentación de HIPAA (*ley federal que protege sus datos médicos*) no estamos autorizados a divulgar información médica relacionada a su condición, diagnóstico, tratamiento, o pronosis a ninguna persona sin su previo consentimiento.

Yo autorizo a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor/entidad médica que puede entregar la información médica)

A revelar la información protegida de la salud (*Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés*) a (Entidad a quien la información será entregada/enviada).

Graystone Eye       Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_      Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      Número de Fax: \_\_\_\_\_

TODO EL REGISTRO       Fechas de cuidado específicas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Al firmar debajo, ésta autorización, yo reconozco y entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho a ver o copiar la información médica protegida y solicitada mediante ésta autorización.
- Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pagos, o (si acaso aplica) mi registro para cualquier opción de plan médico/opciones de beneficios.
- PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN, pero entiendo que sin una autorización firmada mi expediente NO PODRA ser enviado a nadie de mi parte.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y entregue el documento a Graystone Eye; si retiro esta autorización, la información revelada antes de que retire dicha autorización no se verá afectada.
- La información utilizada o revelada conforme a ésta autorización puede ser sujeta a ser compartida de nuevo por la entidad que recibió la información, y si es el caso, pudiera ser que no estará sujeta a la ley federal o estatal que protegen la confidencialidad de la información.

**COPIA PROVEIDA:** Graystone Eye proporcionará una copia de ésta forma de autorización una vez que usted la solicite. Esta información será revelada a usted, directamente del expediente que se mantiene confidencial y de acuerdo con las leyes federales. Los reglamentos federales le prohíben divulgar ésta información, salvo que exista otra autorización para dicha revelación. La ley estatal requiere que el(la) representante legal del individuo proporcione consentimiento específico respecto a la información de salud protegida por la ley en relación a ciertas enfermedades. Con mi firma debajo, yo autorizo la divulgación de mi información médica especificada aquí a el/los destinatario(s) listado arriba. Entiendo que ésto pudiera incluir información respecto a mi estatus de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), registros de cuidados de salud mental y el tratamiento, registro de cuidados y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y registros de cuidados para el abuso con sustancias y el tratamiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente en letras impresas o el Representante Autorizado (Incluya la Relación del Representante Autorizado)

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante de la Entidad)

ESTA AUTORIZACIÓN SERA VALIDA HASTA QUE SEA REVOCADA POR EL PACIENTE QUE FIRMO AUTORIZANDO.