

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



**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Teléfono #:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

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

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

**Autorizo el renuncio de divulgar mi información:**     **A (otro proveedor)**     **de (Graystone)**

**Graystone Eye Medical Records**

P.O Box 2588  
Hickory, NC 28603  
Phone: (828) 322-2050  
ext. 6763 or 6722  
Fax: (828) 324-4271

**Renunciar or pedir mi información de:**

**Nombre del proveedor/entidad médica:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono #:** \_\_\_\_\_ **Número de Fax:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Todo El Registro**                       **Fechas específicas:** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**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 rechazo 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:** \_\_\_\_\_

**Firma de Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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