

Autorización Para Compartir Información de Salud Protegida a Otro Individuo

Burke Optometry

441 S. Ham Lane Ste B Lodi, CA 95242

Información del paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Yo autorizo que Burke Optometry comparta mi información de salud a:

Nombre del individuo autorizado: _____

Relación al paciente: _____

Número de teléfono: _____

Información que será compartida: (marque todo lo que sea pertinente)

- ☐ Todo la información médica
- ☐ Información de facturas
- ☐ Notas del examen y tratamientos
- ☐ Reportes de imágenes
- ☐ Otra información:

Propósito para compartir información:

- ☐ Uso personal
- ☐ Continuidad de cuidado
- ☐ Aseguranza o propósitos legales
- ☐ Otro propósito

Metodo para compartir información:

- ☐ Comunicación verbal
- ☐ Archivos imprimidos

☐ Comunicación electrónica (correo electrónico)

Firma y Consentimiento:

Yo entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando un documento escrito a Burke Optometry
- Al revocar la autorización no afectará ninguna otra autorización que se haya hecho para compartir su información, antes de revocarla
- La información que se haya compartido puede ser sujeta a ser compartida de nuevo y quizás no será protegida por regulaciones federales de privacidad
- Esta autorización se vence en un año de la fecha en que se haya firmado, al menos que se indique lo contrario

Fecha de vencimiento (opcional): ____/____/____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Nombre escrito: _____

Fecha: ____/____/____

Si está firmada por un representante legal por favor describa la autoridad:
