



**PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL A UN FAMILIAR, AMIGO
O REPRESENTANTE LEGAL**

NOTICIA IMPORTANTE: La ley prohíbe la divulgación de información medical confidencial sin el consentimiento voluntario por escrito del paciente que firma.

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Iniciales

Yo Autorizo Medical Center Eye Clinic para discutir información sobre mis citas, mis condiciones medicas, incluyendo resultados, imprimir y liberar listas medicas y para dejar mensajes telefónicos en el correo de voz de mi número de teléfono (casa, celular)y/o con cualquiera de las siguientes personas. Indique las personas que aprobó a continuación.

NO QUIERO que se dé ninguna información a nadie que no sea mi mismo, o quiero revocar el permiso.(Por favor en liste las personas que esta revocando a bajo)

Iniciales

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Esta autorización puede ser revocada o actualizada en cualquier momento por el paciente por escrito o actualizado y firmando es formulario.

Entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con autorización puede ser sujeto a una divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal. Adjunte una foto con la firma del paciente o representante legal si no se verifico con el personal al momento de la firma.

Firma Del Paciente

Fecha

Firma Del Representate Legal Del Paciente

Fecha

Nombre Impreso Del Representante Legal Del Paciente

Fecha