



EYE PHYSICIANS OF AUSTIN

Advanced Eye Care

Autorización para Usar o Revelar Mi Información Médica

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Registro de EPA: _____

I. Mi autorización

Usted puede usar o revelar la siguiente información de atención médica:

- Toda mi información de salud mantenida por usted
- Toda mi información de salud para la siguiente fecha(s) o condición: _____
- Otro: _____

* Si usted solicita una copia de su información de salud, podemos cobrar una tarifa razonable. Si se aplica una tarifa, se comunicará la cantidad estimada en el momento de su solicitud.

Si mis expedientes médicos incluyen información sobre el VIH/SIDA, abuso de drogas, alcoholismo o abuso de alcohol o condiciones psicológicas/psiquiátricas, YO AUTORIZO _____ NO AUTORIZO _____ la liberación de esta información.

Información que se publicará [] de [] para _____

Domicilio: _____

Número de fax: _____

[] de [] para Eye Physicians of Austin, PA
5011 Burnet Road, Austin, TX 78756
(512) 583-2020 Fax: (512) 744-2020

- Copia impresa
- Copia electrónica:
- Correo electrónico o
- Disco Compacto

Motivo de esta autorización: _____

Esta autorización es buena por noventa días.

Comunicación segura: Tome en cuenta que el correo electrónico regular y algunos métodos de transmisión de fax no son seguros, y es posible que su PHI (información de salud protegida) se vea comprometida durante la transmisión de nuestro consultorio. No elija correo electrónico o fax como su método preferido de transmisión si esto le preocupa.

II. Mis Derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento. Sin embargo, es posible que se me exijan firmar este formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación; o
- Para recibir atención médica cuando el propósito es crear información médica para una tercera persona.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviada a la dirección indicada anteriormente. Si lo hago, no afectará a ninguna acción ya tomada por los médicos de Eye Physicians of Austin, PA basándose en esta autorización; usos y divulgaciones ya realizadas no pueden ser tomadas de nuevo. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un Seguro. Una vez que la oficina revela información de salud, la persona u organización que la recibe puede revelarla. Las leyes de privacidad ya no pueden protegerla.

Puede que reciba una copia de esta autorización a mi solicitud. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Firma del paciente o legalmente autorizada Fecha Testigo de EPA Fecha

Imprima su nombre (Si firmó en nombre del paciente) Relación y autoridad (padre, tutor legal, representante personal, etc.)