

LANCASTER RETINA SPECIALISTS, PC

2150 HARRISBURG PIKE, SUITE 370 LANCASTER, PA 17601

TELÉFONO: 717-399-8790 FAX: 717-399-3279

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA REGISTROS

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Dirección: _____

Por la presente autorizo a LANCASTER RETINA SPECIALISTS a (marque una opción)

☐ Obtener de los siguientes ☐ Divulgar a los siguientes

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Entiendo que la información que se divulga puede incluir información relacionada con el SIDA, el VIH, la atención psiquiátrica Tratamiento, abuso de drogas, alcohol o sustancias.

Debe leer las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que esta Autorización caducará 1 año después de firmar este formulario.
2. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificándolo a Lancaster Retina Specialists
3. Puede negarse a firmar esta Autorización
4. Entiendo que una vez que se haya divulgado la información mencionada anteriormente, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

He leído y comprendo esta autorización, y autorizo el uso y la divulgación de la información médica sobre el paciente nombrado como se describe en esta autorización.

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____