

Horizon Eye Specialists & LASIK Center

Reconocimiento: Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad Autorización de Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida para Individuos

Personas autorizadas para recibir información:

La información de salud que Horizon Eye Specialists & LASIK Center recopila o recibe sobre usted puede divulgarse a las siguientes personas:

Nombre de la persona	Relacion	Telefono #
----------------------	----------	------------

Nombre de la persona	Relacion	Telefono #
----------------------	----------	------------

Uso y divulgación de información:

Autorizo a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba a recibir toda la información de salud sobre citas, tratamiento y/u otra información pertinente a mi atención médica y/o pago de mi atención médica brindada en Horizon Eye Specialists & LASIK Center.

Vigencia de la Autorización

Esta autorización es efectiva a menos que sea revocada o terminada por escrito por el paciente o el representante personal del paciente.

Derecho a Terminar o Revocar la Autorización

Puede revocar o rescindir esta autorización enviando una revocación por escrito a Horizon Eye Specialists & LASIK Center. Debe comunicarse con nuestro Oficial de privacidad para cancelar esta autorización.

Potencial de nueva divulgación

La persona a quien se envía la información de salud puede divulgar repetidamente la información de salud identificada por esta autorización. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad.

Acuso recibo del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, las imágenes, el examen que se me rindió y la información de las reclamaciones, que se divulgará a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Firma

Firma de la paciente

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta o a máquina)

MRN

Firma del representante del paciente

Relación con el paciente