**Autorización para el tratamiento y divulgación de información personal**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muchos de nuestros pacientes permiten a miembros de familia y/o amigos llamar y solicitar información de facturas pendientes o médicas. Bajo los requisitos de HIPAA no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o de factura sea dada al familiar y/o amigos debe firmar este formulario. Firmando esta forma solo dará información a las personas indicadas. A continuación, autorizo al Blink Vision Center dar mi información médica y/o de facturas a los siguientes individuos:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al autorizar a la(s) personas para obtener información médica o de factura, entiendo que la siguiente información puede ser divulgada:

* Los resultados del examen de la vista, incluidas las recetas y el tratamiento sugerido
* Información financiera
* Pruebas diagnosticadas y hallazgos (Por ej. Imágenes de retina, pruebas de campo visual, VEP, ERG)
* Historial médico (incluyendo cualquier enfermedad de transmisión sexual)
* Cualquier información necesaria para el tratamiento

**Derechos del paciente:**

* Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y tengo el derecho de obtener la información de salud para ser revelada como se describe en este documento mediante el envío de una notificación por escrito a el Blink Vision Center.
* Una revocación no es efectiva en el caso de que la información ya haiga sido divulgada, pero será efectiva en el futuro.
* La información utilizada o divulgada, como resultado de esta autorización, puede estar sujeta a la divulgación una vez mas por parte del recibidor y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal
* Esta autorización será ejecutada y efectiva, hasta que sea revocada por el paciente firmando la autorización.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_