



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

- Sección I
 - Completa todas las secciones de este formulario de divulgación de información protegida de salud de HIPAA. Si dejas en blanco alguna sección, este formulario no será válido y no será posible compartir tu información médica, según lo solicitado. Con mi firma a continuación, por la presente doy permiso para que Tozer Lee Eye Center comparta la información enumerada en la Sección II de este documento con las personas que he especificado en la Sección III de este documento.

- Sección II
 - Información de salud. Me gustaría otorgar permiso a la organización de atención médica mencionada anteriormente para:
 - Divulgar mi historial médico completo, incluyendo, entre otros, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos y registros de facturación para todas las afecciones.
 - Divulgar mi expediente médico completo **excepto** la siguiente información:
 - Registros de facturación
 - Registros de salud mental
 - Enfermedades transmisibles que incluyen, entre otras, el VIH y el SIDA.
 - Registros de tratamiento de abuso de alcohol/drogas
 - Información genética
 - Otra (especificar) _____
 - No doy permiso a nadie para acceder a mi PHI (Información de salud protegida).

- Sección III
 - Doy autorización para que la información de salud detallada en la sección II de este documento sea compartida con las siguientes personas:

Contacto 1

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Número de contacto: _____

Contacto 2

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Número de contacto: _____

Contacto 3

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Número de contacto: _____

Entiendo que es posible que las personas mencionadas anteriormente no estén cubiertas por las normas estatales/federales que rigen la privacidad y la seguridad de los datos, y que se les pueda permitir compartir más en detalle la información que se les proporciona.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha