



AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Qué registros se necesitan:

- Registros Médicos Completos
- Campo visual/Pruebas
- Registros de _____ - _____

Motivo de la transferencia/solicitud:

- Continuidad de la atención
- Referencia
- Seguro
- Uso personal

Yo, el abajo firmante, por la presente le autorizo y le solicito:

- Proporcionar registros PARA Tozer Lee Eye Center
- Divulgar los registros DE Tozer Lee eye Center

ENTIENDO QUE TOZER LEE EYE CENTER NO DIVULGA COPIAS DE LOS REGISTROS RECIBIDOS DE OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA.

PÓNGASE EN CONTACTO CON ESOS PROVEEDORES PARA OBTENER CUALQUIER OTRO REGISTRO.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Compruebe cómo se van a recibir los registros: Correo Recolección Fax

**Tozer Lee Eye Center
9811 N. 95th ST. Ste. 101
Scottsdale, AZ 85258**

Teléfono: 480-947-4493 Fax: 480-947-4751

*Entiendo que mi solicitud se procesará dentro de los plazos establecidos por la ley estatal o dentro de un plazo de 30 días, lo que sea menor.
Entiendo que al firmar esta autorización, mi tratamiento, pago e inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a la autorización de esta divulgación.*

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalaciones que la reciben y ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Una copia de esta autorización es tan válida como un original y caducará 1 año después de la fecha