



AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS

Fecha de solicitud: _____

Por favor llene completamente y permita 7-10 dias habiles.

Para ser liberado de: Centros de los ojos de la Florida 4101 Avenida Evans. Ft. Myers, FL 33901

Telefono # (239) 939-3456 Fax # (239) 335-1964

Al marcar abajo, autorizo especificamente el uso y/o divulgacion de la siguiente informacion sobre salud.

- La historia clinica completa
- Informe operativo
- Notas de oficina y los informes
- Informes de laboratorio
- Los informes de diagnostico
- Otros enumerados aqui _____

Para ser enviado a: (Letra de imprenta)

Organizacion de las personas para recibir los registros medicos via: Por favor, compruebe: Fax Correo

Recoger

Nombre: _____ Telefono # () _____ Fax # () _____

Direccion: _____

Por la presente autorizo a liberar la informacion de salud protegida (Historia Clinica) perteneciente a mi enfermedad/tratamiento en sus instalaciones, incluyendo cualquiera y todos los registro relacionados con el VIH o el abuso de alcohol/sustancias durante las fechas a partir de (año) _____ al(año) _____.

Esta autorizacion es valida por un año desde la fecha firmada.

Informacion del Paciente: Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo postal: _____

Historial Medico #: _____ Comentarios: _____

Número de contacto: _____ **Firma del paciente:** _____

Autoridad del Representante Legal (Si no es asi mismo, seleccione uno abajo)

- Corte designado como tutor
- Poder legal
- Los padres de un menor
- Otra (especificar) _____

LA INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL ADJUNTA

Información de salud protegida es información personal y sensible relacionada con la atención de la salud de un individuo . Que se transmite a usted por fax o correo electrónico después de la correspondiente autorización del paciente o en circunstancias que no requieren la autorización del paciente . Usted como el receptor está obligado a mantener esta información de una manera segura , segura y confidencial . Vuelva a la divulgación de esta información sin el consentimiento del paciente o adicional según lo permitido por la ley , está prohibido. No autorizada re- divulgación o falta de mantenimiento de la confidencialidad podría estar sujeto a penas descritas en la ley federal y estatal. Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifique al remitente para coordinar la devolución o destrucción de estos