



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Whiting Clinic (la "Compañía") a divulgar la siguiente información de mi expediente médico:

Registro de tratamiento completo sin limitación

Registro de tratamiento de las siguientes fechas \_\_\_\_\_

Registros de facturación y pago

Otro (describa): \_\_\_\_\_

Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a recibir la información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Prefiero que los registros se envíen por fax a: \_\_\_\_\_

Prefiero que los registros se envíen por correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Esta autorización vencerá en 90 días después de la fecha a continuación, o antes si así lo elige, en cuyo caso esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basándose en esta autorización.

Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en mis registros de tratamiento que pueda contener información confidencial, incluida información con respecto al diagnóstico y/o tratamiento del abuso de alcohol o sustancias, condiciones relacionadas con las drogas, condiciones de salud mental, Desarrollo discapacidades, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades transmisibles, pruebas genéticas y/o condiciones relacionadas con el VIH/SIDA.

Entiendo que la información sobre el tratamiento divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y mi no ya no estarán protegidos por la ley federal. Si la información divulgada bajo este consentimiento incluye registros de tratamiento de alcohol o drogas, la(s) persona(s) al recibir esta información, se le notifica que las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permite expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2.

Entiendo que mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar información para ser utilizada o divulgada, según lo dispuesto por las leyes federales y estatales

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando, por escrito, al custodio de registros médicos (la dirección se indica a continuación). Además entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la Compañía y su fuerza laboral están exentos de responsabilidad legal por revelar información médica protegida. Autorizado por mi firma a continuación. La Compañía se reserva el derecho de enviar el registro a la dirección postal física del destinatario si el historial médico es demasiado grande para enviarlo o recibirlo por correo electrónico o fax.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Puede enviar su autorización completa a [RecordsRequest@Lasik.com](mailto:RecordsRequest@Lasik.com), por fax al (513) 672-9749 o por correo postal a Medical Records. Conserje, 7840 Montgomery Rd., Cincinnati, OH 45236

*Nota: Espere 30 días para el cumplimiento o la transferencia de su solicitud de registros médicos. Esta es una estimación general y podría requerir más o menos tiempo dependiendo de varios factores como cuando se realizó el procedimiento. Si se necesitan sus registros médicos para una cita importante o procedimiento con el consultorio de otro médico, planifique teniendo en cuenta el período de cumplimiento. Para garantizar que protegemos la información de su paciente No hay forma de acelerar el proceso de cumplimiento de registros. Los registros sólo se conservan durante 10 años antes de ser destruidos.*