



**Autorizacion Para el Centro de la Vision con el fin de Solicitar y Divulgar la Historia Clinica**

Nombre:: Apellido, Primer Nombre, Inicial			
Direccion Domiciliaria:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Numero Telefonico:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social	

- Autorizo al Centro para la Vision para Divulgar mi Historial Medico a :
- Autorizo al Centro para la Vision para Solicitar mi Historial Medico de:

Nombre del Medico, Hospital, etc.
Direccion:
Ciudad/Estado/Zona Postal:

Con el proposito de analizar o examinar, autorizo expedir copias de mi historia clinica cuando las soliciten, sin embargo se aplicaran ciertas limitaciones como se indica a continuacion:

- Historia Medica completa  Informacion Especifica \_\_\_\_\_
- Records Medicos anteriores: \_\_\_\_\_

Con mis iniciales, autorizo revelar cualquier informacion respecto a:

- Abuso de sustancias  Informacion sobre mi salud mental  Informacion HIV
- Motivo de solicitud \_\_\_\_\_

Si mi informacion es utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorizacion, otras personas podrian conocerla y en consecuencia no estaria protegida por la Regla Federal del Derecho a la Privacidad.(HIPPA).

Es de mi conocimiento que puedo negarme a firmar esta autorizacion. Si no firmo, mi Historia Clinica no sera divulgada. En cualquiera de los casos mi tratamiento no se vera afectado.

Esta autorizacion caduca automaticamente un ano despues de firmada. Entiendo que puedo revocarla en cualquier momento, por escrito via Fax al numero (702)724-2800 del Centro para la Vision, excepto cuando ya se haya tomado accion bajo mi conocimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted representa al paciente (padres o guardian) y firma la autorizacion por favor especifique su parentesco con el paciente y la razon por la cual este no puede firmar.

Parentesco: \_\_\_\_\_ Razon para no firmar: \_\_\_\_\_