



Colorado Family  
Eye Centers



Children's Eye Physicians



Colorado Center  
for Eye Alignment

Phone 303-456-9456

Fax 303-467-0145

www.cepcolorado.com

### **Autorización Para Discutir Informacion Medica**

Por la presente le autorizo a usar o divulgar la información específica que se describe a continuación, solo para el proposito y las partes que se describen.

Descripción de la información específica a divulgar:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fecha/tiempo/dia de la cita | <input type="checkbox"/> Diagnostico                          | <input type="checkbox"/> Medicamentos    |
| <input type="checkbox"/> Resultados de prueba        | <input type="checkbox"/> Resumen del expediente medico        | <input type="checkbox"/> Plan de cuidado |
| <input type="checkbox"/> Finanzas                    | <input type="checkbox"/> Prescription gafas(lentes)/contactos | <input type="checkbox"/> Otro            |

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Revelar informacion a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha que se firma a continuación hasta que (marque una):

\_\_\_\_\_ (especifique la fecha de vencimiento)

NO FECHA DE VENCIMIENTO

Entiendo que:

- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se usará o divulgará.
- Puedo revocar esta autorización por escrito comunicándome con su oficina.
- Esta autorización otorga a Children's Eye Physicians, Colorado Family Eye Center y Colorado Center for Eye Alignment el derecho a discutir mi información médica con la (s) persona (s) anterior (s). La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por HIPAA
- Puedo negarme a firmar esta autorización y usted no condicionará el tratamiento o el pago a mi autorización de provisión (excepto en la medida en que la autorización sea para un tratamiento relacionado con la investigación, en cuyo caso puede negarse a proporcionar ese tratamiento relacionado con la investigación )

Firma: \_\_\_\_\_

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

Relacion al Paciente (Si está firmado por el representante personal del paciente.) \_\_\_\_\_

