



Drs. Hamel, Robillard & Li

1199 Delbon Ave. Ste. 4 Turlock, CA 95382

PH - 209-667-6211 F - 209-667-2574

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Yo autorizo: (Doctor/oficina que posee información médica): _____

para liberar información del expediente médico de: Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

A: (Doctor/oficina para recibir información): _____

El propósito de este comunicado para:

- ☐ Tratamiento
- ☐ Gestión del cuidado de los ojos
- ☐ Receta de anteojos o lentes de contacto
- ☐ Fines de facturación o seguro
- ☐ Otro _____

Información que se publicará:

- ☐ Notas de historia médica recientes
- ☐ Todas las notas de historia médica
- ☐ Información de facturación
- ☐ RX de anteojos o lentes de contacto
- ☐ Otro _____

Me gustaría que los registros fueran:

- ☐ Enviado por fax: _____
- ☐ Blindado: _____
- ☐ Recogido: Por _____
- ☐ Por favor envíe los registros a: _____
- ☐ A: Turlock Eyecare (Drs. Hamel, Robillard & Li) - (Dirección/Fax en la parte superior del documento)

He leído y entiendo este formulario. Firmo y reconozco voluntariamente la información de salud que se divulgará como se indicó anteriormente. Entiendo que el destinatario a menudo no tiene la obligación legal de proteger su confidencialidad. Entiendo que puedo revocar esto en cualquier momento por escrito, pero cualquier información previamente divulgada permanecerá según esta autorización.

Al firmar a continuación, confirmo la divulgación de mi información a las entidades enumeradas y doy fe de que la información enumerada es, a mi leal saber y entender, actual y precisa. *Esta autorización vence 90 días después de su firma.*

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal (o padre/tutor para un menor) en nombre del individuo firma esta autorización, complete lo siguiente y adjunte una copia de la autoridad legal si corresponde.

Nombre del representante: _____ Relación al paciente: _____