



MEDICAL EYE
ASSOCIATES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI) | FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código postal: |
| Número de teléfono: | Últimos 4 dígitos del número de SS: |

| | |
|---|--|
| Autorizo que la información sea divulgada por: | <input type="checkbox"/> Medical Eye Associates S.C. u <input type="checkbox"/> Otro* |
| *Agencia/Centro/Persona que divulgará la información: | |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código postal: |
| Número de teléfono: | Número de fax: |

| | |
|---|--------------------------------|
| Autorizo que la información sea enviada a: | |
| <input type="checkbox"/> Medical Eye Associates S.C at N19W23993 Ridgeview Pkwy Ste 100, Waukesha, WI 53188 o por Fax: 262-547-9142 | |
| <input type="checkbox"/> Agencia/Centro/Persona que recibirá la información: | |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código postal: |
| Número de teléfono: | Número de fax: |

| | |
|---|--|
| Propósito de la divulgación: | <input type="checkbox"/> Cuidado Médico Adicional: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Aplicación por Seguro médico | <input type="checkbox"/> Pago de una reclamo al seguro <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Razones personales/Otro: | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Información para divulgar (marque todos los que apliquen): | | | |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Historial de la Sala de Emergencia | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Historial & Físico |
| <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Alta médica | <input type="checkbox"/> Reporte operativo | <input type="checkbox"/> Consulta externa |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |

Para la(s) siguiente(s) fecha(s): Desde: _____ Hasta: _____
La información será entregada por medio de: Correo Fax En Persona

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho de recibir copia de esta Autorización – Entiendo que, si firmo esta autorización, me darán una copia de esta autorización.
Derecho a negarse a firmar esta Autorización – Entiendo que no estoy bajo la obligación de firmar este formulario y que Medical Eye Associates S.C. no determinará mi tratamiento, pago, registro en un plan de salud o elegibilidad a beneficios de cuidado de salud según mi decisión a firmar esta autorización, excepto en cuanto a: a) un tratamiento relacionado con investigación, b) registro a un plan de salud o elegibilidad, c) suministro de cuidado de salud solamente con el propósito de crear una “PHI” (Información de Salud Protegida, por sus siglas en inglés) para divulgar a una tercera parte. **Derecho a retirar esta Autorización** – Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento presentando una declaración escrita del retiro de autorización a Medical Eye Associates S.C., atención: Expedientes Médicos, 1111 Delafield St. Ste 312, Waukesha, WI 53188. Tengo conocimiento que el retiro de la autorización no será efectivo hasta que sea recibido por Medical Eye Associates S.C. y no será vigente con respecto a los usos y/o divulgaciones de la información de mi salud que Medical Eye Associates S.C. haya realizado antes de recibir mi declaración de retiro. Entiendo que, si la autorización fue obtenida como una condición para obtener cubrimiento de seguro médico, otra ley le provee al asegurador el derecho de disputar una demanda bajo la póliza o por sí misma.
MERCADEO: Entiendo que si Medical Eye Associates S.C. usa esta autorización para actividades de mercadeo, me informarán si reciben cualquier pago directo o indirecto en conexión con el uso o divulgación de mi información. **Derecho a inspeccionar o copiar la Información de Salud que se usará o divulgará** - Entiendo que tengo el derecho de revisar o copiar (puede ser provista a un costo razonable) la información de salud que he autorizado que se use o divulgue con este formulario de autorización. Podré hacer arreglos para revisar mi información de salud u obtener copias de mi información de salud contactando al departamento de Expedientes Médicos de Medical Eye Associates S.C.
AVISO DE DIVULGACIÓN UNA Y OTRA VEZ: Entiendo que la información usada o divulgada en base a esta autorización podrá ser sujeta a ser nuevamente divulgada y a no ser protegida según los estándares de privacidad Federal.
FECHA DE VENCIMIENTO: A menos de ser revocada, esta autorización vencerá al año desde la fecha firmada o en la siguiente fecha, evento, condición: _____. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja correctamente mis deseos.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

- Si es firmada por alguien diferente al paciente, declare su autoridad legal:*
- Tutor legal del paciente (se requiere prueba de la tutela)
 - Padre del menor de edad nombrado anteriormente y declaro que el tribunal no me ha negado períodos para tenerlo/a en mi casa.
 - El representante legal de un paciente fallecido (se requiere prueba)
 - El agente mediante un Poder Legal de cuidado de salud (se requieren prueba y declaración de incapacidad)
 - Otro: