

South Texas Eye Consultants, PLLC

5402 S. Staples Ste.100
Corpus Christi, Texas 78411

Autorización para publicación de información de atención de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de contacto: _____ Número de seguro social: _____

Entiendo que la información usada o divulgada puede ser sujeta a divulgación de re por la persona o establecimiento que lo recibe y entonces ya no sería protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Puedo revocar esta autorización por notificar a South Texas Eye Consultants en la escritura. Sin embargo, entiendo que no se puede revertir cualquier acción ya tomada al amparo de esta autorización, y mi revocación no afectará a las acciones. Entiendo que el médico a quien se suministra esta autorización no puede condicionar su tratamiento si no firmo la autorización.

VIH / SIDA: SI ___ NO ___ da su consentimiento para la publicación de cualquier resultado positivo o negativo para SIDA o infección por el VIH. Anticuerpos para SIDA o infección por otro agente causal del SIDA con el resto de mis registros médicos. **Inicial: _____ Fecha: _____**

La siguiente persona, médico, grupo o entidad puede liberar información de salud protegida para el de arriba llamado a paciente.

Nombre y **COMPLETA** la dirección: _____

Fechas de servicio _____ Más últimos dos (2) años
_____ Las fechas específicas del servicio de _____

Mi propósito para / el uso de esta información es _____

PARA: John B. Sohocki II, M.D. Thomas R. Dietze, M.D.
 Shahed Y. Ghoghawala, M.D. Lawrence C.R. Tafoya, M.D., Ph.D.
 Richard Avila Jr., O.D.

Esta autorización vencerá en un (1) año después de la fecha de esta solicitud.

Por firmar este formulario, autorizo a South Texas Eye Consultants a divulgar mi información de salud confidencial, soltando una copia de mi expediente médico, Resumen o narración de mi información protegida de salud, a la persona (s) o entidad mencionadas.

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha

Entiendo que proporcionará esta información dentro de 15 días desde la recepción de la solicitud y que una preparación y esta información puede ser tarifa de según resoluciones establecidos por Texas estado Board of Medical Examiners.