



817 E 66<sup>th</sup> Street, Richfield, MN 55423

Tel: (612) 488-1566

Fax: (612) 488-1564

Correo electrónico: [billing@swoopeye.com](mailto:billing@swoopeye.com)

## Autorización para divulgar información médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/CP: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Para compartir información con:

Para recibir información de:

Nombre		Organización	
Dirección	Ciudad	Estado	CP
Numero de fax		Numero de Telefono	

Por la presente autorizo la divulgación y comunicación de información tanto escrita como verbal entre esta oficina (arriba) y la parte nombrada anteriormente en todos los asuntos relacionados con la historia y cualquier examen, tratamiento y / o cuidado del paciente.

**Registros solicitados** (seleccione todas las que correspondan):

Registros Oculares

Expedientes escolares/IEP Informe(s)

Imaging (MRI/CT/X-Ray)

Pruebas de Laboratorio

Todos los registros

Otros: \_\_\_\_\_

### **Autorización (Seleccione uno):**

Certifico que esta solicitud se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada anteriormente es precisa a mi leal saber y entender. Esta autorización permanecerá activa a menos que se haya designado una fecha de vencimiento o por revocación por escrito (vía carta, correo electrónico) por parte del paciente tutor del paciente. Una copia de esta autorización podrá ser utilizada con la misma eficacia que en original.

***Fecha Indefinida:***

***Fecha de Expiración:*** \_\_\_\_\_

### **HIPAA Declaraciones requeridas:**

- Entiendo que el tratamiento no relacionado con la investigación no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.
- Entiendo que la información proporcionada en virtud de este comunicado puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario en circunstancias que ya no están protegidas por las reglas de privacidad de HIPAA.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla. Para revocar esta autorización, debo proporcionar una notificación por escrito al plan de salud, médico o proveedor de atención médica (correo electrónico proporcionado anteriormente o carta certificada) mencionado en este comunicado y notificación por escrito a la organización o entidad a la que he autorizado la divulgación de información

Firma del paciente : \_\_\_\_\_

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

Tutor autorizado para firmar por el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_