



DELL CHILDREN'S EYE CENTER
 Seton Northwest Office Building
 11111 Research Boulevard, Suite 220
 Austin, TX 78759
 Tel: 512.324.6755 Fax: 512.324.6753

M. Hillary Onan, MD- A. Melinda Rainey, MD- Lee Woodward, MD- Lani Hoang, MD

Nombre y dirección de la clínica: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Name & Address of Clinic) (Patient Name) (Date of Birth)

Teléfono y Fax _____ Teléfono del paciente: _____ Número de expediente/ de cuenta: _____
 (Phone & Fax Numbers) (Patient Telephone) (MRN/Acct #)

AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION MÉDICA DEL PACIENTE
 (AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION)

Yo, el paciente arriba mencionado o su padre/madre o representante legal, por medio de la presente autorizo a la clínica arriba mencionada a:

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Proporcionar a: | <input type="checkbox"/> Obtener de: | Período |
| Nombre de la entidad o persona: (Name of Entity/Person) | | Del: _____ Al: _____ (From) (To) |
| Dirección: (Address) | | Teléfono: (Phone) |
| Ciudad, Estado y Código Postal: (City, State & Zip) | | Fax: |

La siguiente información de salud e identidad personal para el (los) propósito(s) identificado(s) a continuación:

| Información (marque uno o más): [Information (check one or more)] | Para el propósito de (marque uno por lo menos) [For the Purpose Of (check at least one)] |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas (Immunization record) | <input type="checkbox"/> Discapacidad (Disability) |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología (Lab/pathology reports) | <input type="checkbox"/> Representante Legal/Abogado (Legal/Attorney) |
| <input type="checkbox"/> Notas de la consulta medica (Office Visit Notes*) | <input type="checkbox"/> Seguro médico (Insurance) |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (No incluye información financiera)* (Complete clinical record) (Does not include billing records)* | <input type="checkbox"/> Escuela (School) |
| <input type="checkbox"/> Registros de abuso de alcohol/drogas (42 CFR Part2) <input type="checkbox"/> [Alcohol/Substance Abuse records (42 CFR Part 2)] | <input type="checkbox"/> Información general no especifica hecha a petición del paciente (General Non-specific Patient Request) |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

AVISO AL DESTINATARIO : Las normas federales prohíben que el destinatario divulgue a terceros cualquier registro de abuso de alcohol o drogas divulgado bajo esta autorización a menos que el destinatario haya recibido un consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece, o de otra manera como lo permita la segunda parte de la norma 42 CFR.

Reconocimientos. Yo entiendo y reconozco que:

- La información de salud e identidad personal puede incluir información relacionada a enfermedades contagiosas como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedad mental (*a excepción de las notas de psicoterapia), exámenes genéticos, dependencia química o de alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historia médica, tratamiento, o cualquier otro tipo de información que esté relacionada.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y el negarme no afectará el poder recibir atención médica o artículos médicos.
- La entidad o persona que reciba información bajo esta autorización puede no estar sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) o a las normas estatales de privacidad, y la información divulgada no estará protegida por las normas federales o estatales de privacidad.
- Yo podría cancelar en cualquier momento esta autorización al enviar por escrito un aviso de revocación a la clínica en la dirección escrita en la esquina superior izquierda. La revocación no afectará cualquier uso o divulgación que la Clínica haya realizado antes de haber recibido la revocación por escrito.

FECHA DE VENCIMIENTO:

La autorización vence 180 días después de la fecha de su firma o como lo indica lo siguiente: _____
 (Fecha o evento)

Fecha _____ Firma del paciente o del representante _____ Nombre del representante del paciente _____
 Relación con el paciente (si el solicitante no es el paciente) Padre Tutor* Otro*: _____

*Anexe el documento legal

FOR STAFF USE ONLY

Date request received: _____ Date request completed: _____ # of pages released: _____
 Paper Copies Electronic Copy

Staff Name: _____

