

## Autorización para la divulgación de información

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**VIRGINIA EYE INSTITUTE** tiene autorización para divulgar información protegida de salud del paciente anteriormente mencionado a entidades mencionadas más adelante. El propósito es informar al paciente o a terceros sobre las indicaciones del paciente. VEI o sus agentes autorizados, incluidos profesionales del cobro de deudas, pueden comunicarse conmigo por teléfono, incluidos los teléfonos celulares que tengo autorización para usar, y pueden usar medios electrónicos para hacerme esas llamadas.

Pueden dejar recordatorios de consultas y resultados de pruebas en mi contestadora. Sí No

Pueden dar información médica y financiera a mi cónyuge. Sí No

Otra: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Sí No

### Información del paciente:

Entiendo que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento y que tengo derecho a revisar o tener una copia de la información protegida de salud que será divulgada de la forma en la que ha sido explicada en este documento. Entiendo que la anulación de la autorización no tendrá validez cuando la información ya haya sido divulgada, pero tendrá validez en el futuro.

Entiendo que la información que se haya usado o divulgado como resultado de esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del receptor y es posible que no siga estando protegida por las leyes federales y estatales.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no será condicionado por la firma. Esta autorización tendrá validez hasta que sea retirada por el paciente.

### Confirmación de recepción del Aviso de prácticas privadas

He recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas privadas de la clínica señalada anteriormente. Entiendo que puedo preguntar a Virginia Eye Institute si no entiendo alguna información contenida en el Aviso de prácticas privadas.

\_\_\_\_\_ Fecha -----

Firma del paciente o representante personal (relación con el paciente)

Explicación del poder del representante personal (adjunte la documentación que sea necesaria)

\_\_\_\_\_  
Solo para uso de la oficina  
\_\_\_\_\_

### No pudimos obtener una confirmación por escrito de lo anterior porque:

Ocurrió una emergencia y no fue posible que la persona firmara en ese momento.

La persona se negó a firmar.

No fue posible comunicarnos con el paciente por la siguiente razón:

Preparado por:

Fecha: