

GEORGIA RETINA

AUTORIZACIÓN PARA EL USO, LIBERACIÓN O SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Nombre (letra de molde): _____ N.º de Historial Médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo autorizo a Georgia Retina, PC (seleccionar uno):

Divulgar mi información de salud protegida **A:** Solicitar copias de mi información de salud protegida **DE:**

Nombre de Doctor o Oficina _____

Dirección de consultorio, incluir ciudad, estado y código postal _____

Teléfono _____

Número de Fax _____

Georgia Retina Fax #: _____ Georgia Retina teléfono # 1-888-427-3846

Indique la información que le gustaría divulgar:

→ Entiendo que esta información puede incluir cualquier historia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades de transmisión sexual, infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cuidado psiquiátrico, servicio de salud del comportamiento, tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas, o condiciones similares.

La siguiente información **no se debe** divulgar, incluso si es durante el plazo mencionado arriba:

Por favor indique la razón para divulgar esta información: _____

→ Entiendo que esta autorización es voluntaria. Si yo no firme este formulario, mi salud con Georgia Retina y el pago de este cuidado de mi salud no será afectado; Sin embargo, no se puede divulgar información de mi salud personal a terceros, para pago, tratamiento u operación comercial.

→ Entiendo que una vez que mi información sea divulgado, ya no puede ser protegido por las regulaciones federales de privacidad.

→ Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo pido, y tendré una copia de esta forma después de firmarlo.

→ Entiendo que esta autorización vencerá: **sobre la terminación de esta divulgación o uso**

→ Entiendo que después de firmar este formulario, puedo cambiar mi mente y revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que Georgia Retina ha actuado ya basado en la autorización. Para revocar esta autorización, por favor notifique al oficial de privacidad de Georgia Retina por escrito a 833 Campbell Hill St. Ste 300 Marietta, GA 30060.

→ Entiendo que Georgia Retina puede cobrar hasta \$25 para la reproducción de mi expediente médico basado en las directrices del estado de Georgia y el gobierno federal.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Nombre del representante del paciente: _____ Relación al paciente: _____