



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Autorizo a LasikPlus a divulgar la siguiente información de mi registro médico:

- Registro de tratamiento completo, sin limitaciones
- Registro de tratamiento de la siguiente fecha o fechas: _____
- Registros de facturas y pagos
- Otro (describir): _____

Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a recibir la información:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado y código postal: _____
 Prefiero que envíen mis registros por fax a: _____

El motivo para la solicitud de mi información:

Esta Autorización vencerá noventa (90) días después de la fecha que se indica a continuación, o antes si así se decide, y en ese caso esta Autorización vencerá el _____(insertar fecha), excepto en la medida en que ya se hayan llevado a cabo acciones permitidas por esta autorización. Usted no puede indicar “no hay vencimiento”, “no vence”, o “ninguna fecha”.

Autorizo a divulgar cualquier información contenida en mis registros de tratamiento que pueden incluir información delicada, incluyendo información con respecto al diagnóstico y/o tratamiento de consumo de alcohol o abuso de sustancias, afecciones relacionadas con consumo de droga, afecciones de salud mental, discapacidades del desarrollo, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades contagiosas, pruebas genéticas y/o afecciones relacionadas con VIH/SIDA.

Entiendo que la información de tratamiento divulgada según esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona que la recibe y que puede dejar de estar protegida por las leyes federales. Si la información divulgada según este consentimiento incluye registros de tratamiento para alcohol o drogas, se notifica en este documento a la persona o personas que reciban esta información que las reglas federales le prohíben divulgar nuevamente la información, a menos que la nueva divulgación esté expresamente permitida mediante el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o esté permitida de otra forma por 42 CFR parte 2.

Entiendo que mi negativa a firmar esta Autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar información para ser usada o divulgada, según lo dispongan las leyes federales y estatales. Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la persona encargada de custodiar los registros médicos (se indica la dirección a continuación). También entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta Autorización.

Entiendo que LasikPlus y los miembros de su personal están liberados de responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de información de salud protegida autorizada por mi firma a continuación. LasikPlus se reserva el derecho de enviar el registro a la dirección postal física del destinatario si el registro médico es demasiado grande para ser enviado/recibido por correo electrónico o fax.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha

Firma

Puede enviar su Autorización completada por correo electrónico a:

medicalrecords@lasikplus.com

Por fax o correo regular:

LCA Vision
Medical Records Custodian
(Responsable de custodiar registros médicos)
7840 Montgomery Road
Cincinnati, Ohio 45236
Fax: (513) 672-9749

Nota: Por favor tenga en cuenta que responder a su solicitud con respecto a su registro médico o realizar la transferencia puede tardar tres semanas. Esa es una estimación general, y se podría necesitar más o menos tiempo dependiendo de varios factores, por ejemplo el momento en que se hizo su procedimiento y el centro LasikPlus en el que se hizo. Si sus registros médicos se necesitan para una cita o procedimiento importante en otro consultorio médico, por favor tenga en cuenta el período necesario para responder a su pedido. Para proteger su información como paciente, no es posible acelerar el proceso.