

RETINA DE CAROLINA DEL NORTE (North Carolina Retina)

Autorización para la publicación de información

Información del paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

Retina de Carolina del Norte (North Carolina Retina) está autorizado a divulgar información de salud protegida relativas al paciente con nombre anterior a las entidades que se enumeran a continuación. Por favor **ponga sus iniciales** a quien este **autorizado para recibir información**.

Correo de Voz/Maquina Contestadora _____ Cónyuge _____ Otro _____

Descripción de la información para ser publicado: por favor **ponga sus iniciales** en lo siguiente.

_____ Toda la información o _____ Información financiera/facturación o _____ Médica, incluyendo resultados de diagnóstico

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por el medio de enviar una notificación escrita. Entiendo que una revocación no es eficaz en casos donde la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva en adelante. Entiendo que información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación por parte del destinatario y podría no estar protegida por el Estado o la ley federal. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se utiliza o divulga como se describe en este documento, y que puedo hacerlo por el medio de una notificación escrita. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado en firmar esta autorización. Entiendo que tengo el derecho a negar la firma en esta autorización.

Reconocimiento de recibo: Aviso de las Prácticas de Confidencialidad

Una copia de la notificación de prácticas de privacidad de retina de Carolina del Norte (North Carolina Retina) ha estado a mi disposición.

Paciente (por favor use letra de molde) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si se aplica, por favor complete la siguiente sección

Representante legal(por favor use letra de molde) _____

Firma del representante legal _____ Fecha _____

Relación al paciente _____

Autorización para el Tratamiento / Responsabilidad Financiera

Por el presente autorizo a los médicos y el personal de la retina de Carolina del Norte para realizar los procedimientos necesarios para evaluar y diagnosticar mi condición correctamente y tales tratamientos como se pueden prescribir por mi médico durante todas mis visitas a la retina de Carolina del Norte. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por servicios que me han sido dado por la retina de Carolina del Norte(North Carolina Retina).

FirmaX _____ Fecha _____

Solo para uso de la oficina

No hemos podido obtener el reconocimiento por el siguiente motivo:

Una emergencia existía y una firma no fue posible. Paciente se negó a firmar no se ha podido comunicar con el paciente.

Otros _____ elaborado por _____ (por favor ponga su inicial)