

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo Autorizo A NC Retina para compartir mi información Médica, financiera, o sobre citas a

RELACION	NOMBRE DE PERSONA AUTORIZADA	INFORMACIÓN PARA COMPARTIR
Esposo/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Hijos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Suegro/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Cuidador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Padre/Madre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Otro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita

Yo entiendo que yo tengo el derecho a revocar esta autorización a cualquier momento por mandar una carta escrita. Yo entiendo que una revocación no es efectiva en casos donde la información ya ha sido compartida, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la ley estatal o federal. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o divulgará como se describe en este documento, y que puedo hacerle por una notificación escrita. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

## ENTENDIMIENTO DE RECIBO - AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADA

Una copia del aviso de prácticas privadas de NC Retina ha sido disponible para que yo la lea.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

### FIRMA DEL PACIENTE

Si aplica, por favor completar la sección abajo:

Representante Personal (Imprimir ) \_\_\_\_\_

Firma De Representante Personal \_\_\_\_\_

Relación de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Solamente Para Uso De Oficina

**No pudimos obtener el entendimiento del recibo por la siguiente razón. :**

- |                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Existía una emergencia y no era posible firmar | <input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar |
| <input type="checkbox"/> No se pudo comunicar con el paciente           | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |