



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica de:

CALIFORNIA RETINA CONSULTANTS

Nombre de la persona u organización que divulga la información

525 E MICHELTORENA STREET SUITE A

SANTA BARBARA , CA 93103

Dirección

Ciudad / Estado / Código Postal

(805)963-1648 Opción 4 // (805)881-6102

Teléfono:// Fax

Para divulgar mi información a:

Nombre de la persona u organización que recibirá la información:

Dirección:

Ciudad / Estado / Código Postal:

Teléfono // Fax

INFORMACIÓN QUE SE AUTORIZA A DIVULGAR:

_____ Expediente médico completo

_____ Registros médicos de fechas específicas de atención (favor de indicar): de _____ a _____

_____ CD/USB con informes de imágenes (cargo de \$35)

PHI (Información de Salud Protegida) para compartir con:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

_____ Otro (favor de especificar): _____

Nombre de Paciente o Representante Personal

Firma (Paciente o Representante Personal)

Fecha

Descripción de la autoridad del Representante Personal (adjuntar la documentación necesaria)

MÉTODO DE ENTREGA:

_____ Correo Postal _____ Correo electrónico seguro (no disponible para informes de imágenes)

_____ Fax _____ Recoger en la oficina

FAVOR DE ENVIAR EL FORMULARIO A TRAVÉS DE:

Correo electrónico brenda@californiaretinatna.com Fax: (805)881-6102

USO DE OFICINA:

Received on/by: _____

Date Payment Received: _____

Imaging reports requested: Yes / No

Released on/by: _____

Total fee: _____

Released via: mail / fax / secure email / pickup