

**MEDICAL EYE SERVICES, Inc.**

**Formulario de autorización HIPAA para la divulgación de información médica protegida**

El presente formulario, cuando esté firmado y a mi pedido, autorizará a Medical Eye Services, Inc. (MES) a divulgar información médica protegida (PHI) específica.

1. Por el presente autorizo la divulgación de PHI del siguiente paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social o de identidad del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

2. La siguiente persona o personas están autorizadas a recibir esta PHI:

\_\_\_\_\_

*Las personas autorizadas arriba mencionadas no pueden divulgar nuevamente esta PHI, salvo previa autorización del paciente. MES no ofrece protección contra la divulgación posterior que hagan las personas autorizadas. El paciente libera de responsabilidad a MES en caso de que las personas autorizadas usen o divulguen PHI de este paciente de modo no permitido.*

3. Indique qué información puede divulgarse:

<u>Documentos</u>	<u>Fecha del servicio (opcional)</u>
_____ Registros completos de atención de la vista de rutina	_____
_____ Registros de exámenes oftalmológicos	_____
_____ Registros de anteojos	_____
_____ Registros de elegibilidad de inscripción	_____
_____ Correspondencia	_____
_____ Otro: _____	_____

4. El paciente o el representante legalmente autorizado **DEBEN FIRMAR ABAJO CON SUS INICIALES** para aceptar las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Comprendo que en general puedo revocar la presente autorización en cualquier momento con una notificación por escrito a (esta revocación no afectará de ningún modo las acciones realizadas por MES antes de la revocación):

**Medical Eye Services, Inc.  
Attn: Benefit Resolutions Department  
P.O. Box 25209  
Santa Ana, Ca 92799-5209**

\_\_\_\_\_ A menos que haya sido revocada, esta autorización vencerá al término de un (1) año a partir de la fecha abajo firmada o en la siguiente fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Comprendo que MES reenviará una copia del presente formulario de autorización firmado al paciente a la dirección archivada cuando MES reciba dicha copia.

Al firmar abajo, doy fe de que tengo el derecho legal de autorizar la divulgación de PHI de este paciente.

**Firma:** \_\_\_\_\_  
*(Paciente o representante autorizado por el paciente)*

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (si firma como representante legalmente autorizado)**

**La firma de la presente autorización no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios.**