

[Persona contacto en el consultorio- Dr. Joseph E. Pavano III]

---

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA SOBRE LA SALUD**

---

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

Dirección del paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono del paciente \_\_\_\_\_

Autorizo al consultorio profesional de mi optometrista indicado más arriba a divulgar la información sobre salud que me identifica [incluida, si corresponde, la información sobre la infección con el VIH o SIDA, la información sobre el tratamiento de la drogadicción, y la información sobre los servicios de salud mental] conforme a los siguientes términos y condiciones:

1. Descripción detallada de la información a divulgarse:
2. A quién se puede divulgar la información [nombre(s) o clase(s) de destinatario(s)]:
3. El/Los objeto(s) de la divulgación (si la autorización es iniciada por la persona, se permite enunciar "a solicitud de la persona" como el objeto, si así lo desea la persona):
4. Fecha de vencimiento o evento relacionado con la persona o el objeto de la divulgación:

Usted y nadie más que usted debe decidir si firmará este formulario de autorización o no. No nos podemos rehusar a tratarlo si usted opta por no firmar esta autorización.

Si usted firma esta autorización, puede revocarla posteriormente. La única excepción a su derecho de revocarla es si ya hemos actuado basándonos en la autorización. Si usted desea revocar su autorización, envíenos una nota por escrito o por vía electrónica informándonos que revoca su autorización. Envíe esta nota a la persona contacto en el consultorio indicada en la parte superior de este formulario.

Cuando se divulga la información sobre su salud como lo dispone esta autorización, el destinatario a menudo no tiene la obligación legal de proteger su confidencialidad. En muchos casos, el destinatario puede volver a divulgar la información según lo desee. A veces, las leyes estatales o federales cambian esta posibilidad.

[Para las autorizaciones de marketing, incluir, según corresponda: Recibiremos remuneración directa o indirecta de un tercero por divulgar la información identificatoria sobre su salud de conformidad con esta autorización.]

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO FIRMO EN FORMA VOLUNTARIA. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD COMO SE DESCRIBE EN ESTE FORMULARIO.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

Si firma como representante personal del paciente, describa su relación con el mismo y lo que le otorga la facultad de firmar este formulario:

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Origen de la facultad para firmar \_\_\_\_\_