



Para permitir que el IEI reciba información médica protegida, por favor complete la siguiente información.

## Información del paciente

Autorizo a: \_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

a que divulgue cierta información médica protegida que me identifica al Illinois Eye Institute (Atención: \_\_\_\_\_)  
Esta autorización le permite entregar o divulgar la siguiente información de salud que me identifica individualmente a mí.  
\_\_\_\_\_

Es completamente su decisión si firmar o no este formulario de autorización. Un proveedor no puede tratarle de manera diferente ni negarse a prestarle tratamiento si usted decide no firmar esta autorización. Usted puede también revisar su información de salud antes de decidir si firmar esta autorización. El aviso de prácticas de privacidad de un proveedor explica cómo ver u obtener una copia de su información médica (su expediente médico). Si firma esta autorización, puede revocarla más tarde, a menos que la información ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. La revocación debe enviarse por escrito al proveedor.

Información que se divulgará:

- expediente médico completo
- resumen del expediente médico
- notas de fecha específica del servicio
- otra, por favor especifique \_\_\_\_\_

Finalidad de la divulgación de la información de salud:

- a petición mía
- para mi tratamiento
- otra, por favor especifique \_\_\_\_\_

Esta autorización caducará el (especifique la fecha o el evento): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Si usted firma como representante personal del paciente, describa su relación con el paciente y la fuente de su autoridad para firmar este formulario:

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

Fuente de autoridad: \_\_\_\_\_

*(Se le puede pedir que proporcione documentación de esta relación con el paciente)*

SE LE DEBE ENTREGAR AL PACIENTE/TUTOR UNA COPIA FIRMADA DE ESTA AUTORIZACIÓN