



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

Información del paciente

Autorizo al Illinois Eye Institute que divulgue cierta información médica protegida que me identifique a:

(Nombre y dirección de la entidad que va a recibir esta información, si no es el IEI)

Esta autorización permite que el Illinois Eye Institute entregue o divulgue la siguiente información de salud que me identifica individualmente a mí.

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: fecha, por favor especifique _____
 al final del estudio de investigación

Es completamente su decisión si firmar o no este formulario de autorización. No podemos tratarle de manera diferente ni negarnos a tratarlo si decide no firmar esta autorización. También puede revisar la información que tenemos sobre su salud antes de decidir si firmar esta autorización. Nuestro aviso de prácticas de privacidad 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 haya sido divulgada en virtud de esta autorización. La revocación debe enviarse por escrito al Oficial de Privacidad del Illinois Eye Institute, 3241 S. Michigan Ave, Chicago IL, 60616. Cuando se divulgue su información de salud según esta autorización, quien reciba su información a menudo no tiene ningún deber legal de proteger su confidencialidad. Existe la posibilidad de que quien reciba su información pueda volver a divulgar la información.

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