

## Central Washington Eye Clinic

### Autorización para Recibir / Divulgación de Información de Salud

Debido a las leyes de HIPAA privacidad del Gobierno Federal, es obligatorio pedirle que revise y responda a las siguientes preguntas que se encuentran a continuación:

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

¿Tiene una persona en particular o miembro de su familia(s) que autoriza a recibir y analizar información con respecto a su información médica persona (información general, cirugía y de facturación)?

**No**  **Sí**, en caso afirmativo por favor proporcione:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **civil:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**No**  **Sí**, en caso afirmativo por favor proporcione:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **civil:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

¿Es esta **persona el poder legal** (POA) para fines médicos?  **No**  **Sí**

**Nota:** Si usted tiene un poder legal para fines médicos, por favor provea Central Washington Eye Clinic una copia de su documentación.

Nosotros mantenemos un registro de los servicios de salud que le proporcionamos. Usted puede solicitar para ver y copiar su expediente médico; le podemos cobrar una cuota para copiar dichos registros. También puede solicitar su registro modificado. No revelaremos sus registros a los demás a menos que su dirigiarnos a hacerlo oa menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Puede presentar su solicitud para ver su registro o solicitar más información sobre nuestra poliza de HIPAA poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al (509) 452-6611.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe en detalle cómo puede ser usado usar su información de salud, puede ser revelado y cómo se puede acceder a su información. Usted puede solicitar una copia completa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad de nuestra recepción.

Al firmar a continuación, reconozco el resume de Avisa de Practicas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Paciente o legalmente autorizado individual**

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