



Autorización para la divulgación de expedientes médicos y/o oftálmicos

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Entiendo que puede haber un cargo por copia por página al entregar expedientes médicos.

Solicito y autorizo a _____ a divulgar todos los expedientes médicos y/o oftálmicos del paciente mencionado arriba a:

Eye Specialists & Surgeons of Northern Virginia 3998 Fair Ridge Dr Suite 105 Fairfax, VA 22033 Teléfono: 571-349-2191 Fax: 571-349-2211	O A:
---	------

Esta solicitud y autorización incluye, entre otros:

- Todas las notas de examen y de evolución, incluidos los medicamentos recetados.
- Todas las especificaciones actuales y anteriores de anteojos y lentes de contacto.
- Cualquier diagnóstico, tratamiento, pronóstico, recomendación y otros datos pertinentes.
- Otro (especifique): _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MIS EXPEDIENTES MÉDICOS SEGÚN SE INDICA ARRIBA.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

SI LA PERSONA NO PUEDE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

Nombre del tutor/representante Relación legal Fecha

NOTA: Esta autorización no se extiende a resultados de pruebas de VIH, notas de psicoterapia ambulatoria, expedientes de tratamiento por drogas o alcohol protegidos por ley federal, ni a expedientes de salud mental protegidos por la Ley Lanterman - Petris-Short.