



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.