



AUTORIZACION DE INFORMACION MEDICA

Southlake

305 Morrison Park Drive
Suite #100
Southlake, TX 76092

Fort Worth

3455 Locke Avenue
Suite #310
Fort Worth, TX 76107

Plano

3804 W. 15th Street
Suite #130
Plano, TX 75075

Dallas

12222 N. Central Expressway
Suite #250
Dallas, TX 75243

Flower Mound

4951 Long Prairie Road
Suite #130
Flower Mound, TX 75028

Rockwall

1005 W. Ralph Hall Parkway
Suite #145
Rockwall, TX 75032

Alliance

10900 Founders Way
Suite #200
Fort Worth, TX 76244

Por este medio autorizo: _____
(Oficina/Nombre del Proveedor)

Para divulgar la siguiente informacion de los archivos medicos de:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Durante el periodo de tratamiento desde el _____ hasta _____

Informacion para divulgar:

- ☐ Resumen Narrativo
- ☐ Archivos Medicos (incluyendo copias de examenes diagnosticos)
- ☐ Complete los Archivos Medicos
- ☐ Registros financieros y Facturas
- ☐ Otro: _____

Información que se divulgará a: _____
(Oficina/Nombre del Proveedor y número de fax)

Proposito de Divulgacion: Referencia del Paciente

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento con excepcion a la medida que la divulgacion hecha en buena fe ya ocurrio basada en este contenido. Si la revocacion no es recibida, la autorizacion sera considerada valida por un period de tiempo que no exceda 180 dias.

Enumere la fecha, evento, o condicion por la que este consentimiento expire. El centro, sus empleados y oficiales, y medicos primarios son libres de responsabilidad legal por divulgar la informacion mencionada hasta el punto indicado y autorizado aqui. Entiendo que la informacion divulgada podria contener referencias a examenes del anticuerpo VIH (SIDA).

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente (o representante autorizado/Guardian)

La informacion sera divulgada a **Retina Center of Texas | 305 Morrison Park Drive, Ste. 100 | Southlake, TX 76092**

**Por favor envíe el archivo por correo electronico con las notas mas recientes a:
info@retinacentertx.com o envíelo por fax a (817) 865-6790**