



DIVULGACION 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: **Retina Center of Texas**

Para divulgar la siguiente información de los archivos médicos de:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Durante el periodo de tratamiento desde el _____ **de** _____

Informacion para divulgar:

- Resumen Narrativo
- Archivos Médicos (incluyendo copias de exámenes diagnósticos)
- Historias clinicas completas
- Registros financieros y facturas

Otro: _____

Informacion para divulgar: _____

(Nombre de medico/número y numero de fax)

Intención de la divulgación: **Patient Referral**

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 exámenes del anticuerpo VIH (SIDA).

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente (o representante autorizado/Guardian)