



## Autorizacion de Informacion Medica

**Southlake**

305 Morrison Park Drive, Suite 100  
Southlake, TX 76092

**Plano**

3804 15<sup>th</sup> Street, Suite. 130  
Plano, TX 75075

**Fort Worth**

3455 Locke Avenue, #310  
Fort Worth, TX 76107

**Dallas**

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

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 examines diagnosticos)
- Complete los Archivos Medicos
- Registros financieros y Facturas

Otro: \_\_\_\_\_

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 envielo por fax a (817) 865-6790**