

Contacto con el paciente y autorización para la divulgación de información médica protegida

Información del paciente:

Nombre: _____ Número de ID: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Hogar Móvil

Información del titular de la póliza:

Nombre: _____ Número de ID: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Hogar Móvil Laboral

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir información médica protegida (PHI) relativa a mi tratamiento, aparte de mí mismo o de cualquier médico que participe en mi atención:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Información a divulgar:

_____ Información sobre beneficios, políticas y procedimientos

_____ Información sobre reclamaciones y pagos

_____ Gráfico del examen - Información del proveedor

Objetivo de la divulgación:

_____ Proporcionar información a un familiar o amigo

_____ Requerido para asuntos legales

_____ Otro

Restricción de la información médica privada - Información extremadamente importante

Por favor, ponga sus iniciales cuando corresponda. Iniciales: _____ **SIN** restricción de acceso Iniciales: _____ **Acceso restringido**

Si hay alguien, como un representante, que tenga restringida la recepción de la información médica protegida de un paciente menor de edad, se debe rellenar el formulario F de la HIPAA de Nationwide Vision/National Vision Optometry, junto con una copia de la documentación legal que respalde la restricción de los registros..

Mi información médica protegida es información sobre mí, incluyendo información como mi nombre y dirección o información médica. La información se utilizó o se creó cuando recibí atención oftalmológica o cuando se recibió el pago por mi atención oftalmológica. La información puede incluir mi atención o condición de salud visual pasada, presente o futura. Comprendo que si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir y/o utilizar la información médica protegida descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden seguir divulgando la información médica protegida y ésta puede dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. Entiendo que el hecho de autorizar el uso y la divulgación de mi "información médica protegida" no es una condición para poder recibir beneficios o pagos de mis reclamaciones.

Derecho de revocación: Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Comuníquese con Nationwide Vision al 480-835-4472 para obtener más instrucciones. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción realizada antes de que Nationwide Vision reciba la notificación de la revocación.

Nombre en letra de molde del paciente/representante

Fecha de firma

Firma del paciente/representante

Parentesco con el paciente

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: (en letra de molde) _____

Firma del representante personal: _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____