



1075 Yorba Place, Suite 205  
 Placentia, California 92870  
 714.912.7002  
 714.975.9822 *fax*  
 www.tapadiaeyecare.com

**Autorización para divulgar información médica  
 para uso personal del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo Tapadia Eye Care  
 divulgar mi información médica a mí mismo para mi uso personal.

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Toda la historia medica

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

**Definición:** Enfermedad de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, RCW 70.24 et seq., Incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condiloma, clamidia, uretritis inespecífica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.

Sí  No Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH / SIDA, ya sean negativas o positivas, a mí mismo.

Sí  No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del guardia legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Tiempo

\_\_\_\_\_  
 Escribe nombre en letra

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

ESTA AUTORIZACIÓN CADUCA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE SU FIRMA.