



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

Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Solicito y autorizo _____
 para divulgar información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre: Tapadia Eye Care

Dirección: 1075 Yorba Place, Suite 205

Ciudad: Placentia Estado: CA Código postal: 92870

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 venereuem, 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 las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que se notificará a las personas mencionadas anteriormente que debo dar un permiso específico por escrito antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona.

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental a las personas mencionadas anteriormente.

 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.