

Consentimiento para la divulgación verbal de información

Número de teléfono principal: _____

Número de teléfono secundario: _____

Dejar mensaje detallado? (por favor circule): Sí No

Por favor, enumere a cualquier persona con la que podamos compartir detalles sobre su atención médica. Indique si esto puede incluir información de salud privada (PHI) como los resultados del examen, preguntas de facturación u otra información de salud.

NOMBRE

RELACION

¿Liberar PHI? Sí No

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí y se aplica a la información sobre mí obtenida a través de Watsonville Optometry. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito de mi deseo de hacerlo, al médico. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya haya confiado en él para usar o divulgar mi información médica. La revocación por escrito del consentimiento debe enviarse al consultorio del médico.

FIRMA _____ FECHA: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: _____

Autorización para Facsímil y Correo Electrónico

Autorización de solicitud de fax y correo electrónico de Optometría de Watsonville

Yo, _____ entiendo que usted transmitirá mis registros médicos electrónicamente y le autorizo a hacerlo. Si otra parte recibió mis registros médicos por error, absuelvo a Watsonville Optometría de toda responsabilidad a dicha presentación de dichos registros.

Método de entrega Por favor, **FAX** mis registros médicos a: (_____) _____

Por **favor, envíe un correo electrónico** a mis registros médicos a: _____

Nombre del Paciente _____

Firma _____