

Complete todas las secciones aplicables, luego firme y feche. Escriba claramente.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal completo del paciente:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Correo electrónico:	Nombre(s) anterior(es):
Dirección postal actual:	Teléfono:

2 QUIÉN PUEDE ENVIAR Y RECIBIR LOS REGISTROS

Complete DE y A. Para "Otro", incluya nombre, dirección y al menos un método de contacto (teléfono o correo electrónico). La falta de información puede retrasar el procesamiento.

DE — Autorizado para divulgar☐ Eye Associates of New Mexico ☐ Otro proveedor/persona/organización

Nombre:

Relación, si corresponde:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico: Fax:

A — Autorizado para recibir☐ Paciente mencionado arriba ☐ Representante personal☐ Eye Associates of New Mexico ☐ Otro proveedor/persona/organización

Nombre:

Relación, si corresponde:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico: Fax:

Registros enviados a EANM: CentralizedMedicalRecords@eyenm.com o por fax al (505) 933-6698

3 DETALLES DE LA SOLICITUD

Seleccione todo lo que corresponda.

Motivo:	☐ Continuidad/transferencia	☐ Uso personal	☐ Seguro/beneficios	☐ Asunto legal
	☐ A solicitud del paciente	☐ Otro:		
Registros:	☐ Expediente completo	☐ Notas de consulta	☐ Pruebas/imágenes	☐ Informes quirúrgicos
	☐ Recetas	☐ Facturación	☐ Otro:	
Rango de fechas de los registros (MM/AAAA):	Desde	Hasta	☐ Todas las fechas	

4 VENCIMIENTO Y AVISOS OBLIGATORIOS**Vencimiento.** Esta autorización vence un año después de la fecha en que se firma, a menos que la revoque antes por escrito.**Autorización.** Autorizo a la persona u organización identificada en DE a divulgar la información de salud seleccionada referente al paciente nombrado a la persona u organización identificada en A. Esta autorización es voluntaria.**Redivulgación.** La información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.**Derecho a revocar.** Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Oficial de Privacidad, Eye Associates of New Mexico, 8801 Horizon Blvd. NE, Suite 360, Albuquerque, NM 87113. La revocación no afectará las acciones ya realizadas en virtud de esta autorización.**Sin condicionamiento.** EANM no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización.**Copia.** Tengo derecho a recibir una copia de la autorización firmada.**Protecciones adicionales.** La información sujeta a protecciones legales adicionales se divulgará únicamente según lo permita la ley aplicable. Este formulario no autoriza la divulgación de notas de psicoterapia.**5 FIRMA**

Al firmar, confirmo que he leído y comprendido esta autorización y que la información proporcionada es completa y exacta.

Firma del paciente o representante personal:	Fecha de firma (MM/DD/AAAA):
Nombre en letra de molde del firmante:	Teléfono:
Si firma un representante personal, autoridad para actuar por el paciente:	Documentación de respaldo: ☐ Adjunta ☐ N/A