



ValleyVision

CONCENTRO PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS CONFIDENCIALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha solicitada: _____ Fecha necesaria: _____

Divulgar a/recibir de (usar y divulgar) mis registros médicos identificables individualmente (Información de salud protegida) de la manera que se describe a continuación. Entiendo que mi información de salud protegida puede ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que recibe mi información de salud protegida de Valley Vision. Entonces, es posible que ya no esté protegido por las normas federales de privacidad. La ley estatal puede o no prohibir dicha divulgación por parte de la persona o entidad que recibe mi información médica protegida de Valley Vision. Firmo voluntariamente esta autorización y comprendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.

Autorizo a Valley Vision

Para dar información a

Para liberar información de

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____

Address: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Fax: _____ Método de entrega: Correo Fax Recoger

Registros solicitados:

- Fechas de servicio _____ - _____
 Último examen Incluir prueba (OCT, Campo visual, Foto)
 Registro completo Excluir: _____
 Otro: _____

Autorización válida para:

- Esta solicitud solo Caduca en 1 año:

Propósito de esta solicitud:

- Cuidado de la salud Obertura del seguro
 Personal Transferencia de cuidado
 Otro: _____

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. También entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento notificando a Valley Vision por escrito. Entiendo que mi revocación o modificación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por Valley Vision con base en esta autorización antes de que Valley Vision reciba mi solicitud de revocación o modificación. Debo firmar mi solicitud por escrito y enviarla a:

Valley Vision
PO Box 783
Hayden, ID 83835

Firma del paciente o funcionario autorizado: _____ Fecha: _____