

**Autorización para poder
Compartir la Información
Protegida de la Salud**

Mark W. Doubrava, M.D.

ÉSTE DOCUMENTO AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE ES PROTEGIDA DE ACUERDO A (45 CFR, PARTES 160 Y 164) LEYES QUE EL GOBIERNO HACE EFECTIVAS PARA PROTEGER LA INFORMACIÓN PRIVADA DE UN PACIENTE.

EL INFRASCRITO AUTORIZA A EL DOCTOR, MARK W. DOUBRAVA M.D., QUE PROVEA INFORMACIÓN ACUMULADA DURANTE EL PROCESO DE EXAMINACIÓN Y/O TRATAMIENTO AL EL DOCTOR QUE LO REFIERE Ó A CUALQUIER SEGURO APROPIADO.

ÉSTA INFORMACIÓN PUEDE SER REVELADA POR LOS EMPLEADOS O SOCIOS DE NEGOCIOS DEL DOCTOR MARK DOUBRAVA M.D. Y ES NECESARIA PARA PODER COBRARLE AL SEGURO APROPIADO Y TAMBIÉN PARA COMUNICARSE CON OTROS DOCTORES QUE ESTÉN ENVUELTOS EN SU CASO.

YO RECONOZCO QUE TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN A CUALQUIER HORA. YO ENTIENDO QUE UNA VÉZ LA INFORMACIÓN ESTÉ REVELADA, YA NO SE PUEDE PROTEGER POR LA LEY FEDERAL DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. COPIAS DE ÉSTA AUTORIZACIÓN PUEDEN SERVIR COMO LA ORIGINAL.

NOTA: USTED PUEDE REVOCAR ÉSTA AUTORIZACIÓN SÓLAMENTE POR ESCRITO Y CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO AL DOCTOR Y DIRECCIÓN COMO APAREZE EN ÉSTE DOCUMENTO. EL ANULO SERÁ EFECTIVO SÓLAMANTE AL RECIBIRSE, EXCEPTO: (1) SI EL DOCTOR YA HA DADO INFORMACIÓN A BASE DE ESTA PREVIA AUTORIZACIÓN, Ó (2) SI LA AUTORIZACIÓN SE OBTUVO COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA DEL SEGURO Y EL ASEGURADOR DESEA USAR LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD PARA LEGALMENTE DISPUTAR UN RECLAMO. MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SUS DERECHOS PARA REVOCAR ÉSTA AUTORIZACIÓN ESTÁ PROVEÍDA EN EL DOCUMENTO: "*THE PROVIDER'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES*". ÉSTE DOCUMENTO ES LA NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR ACERCA DE LA PRÁCTICA DE INFORMACIÓN PRIVADA DEL PACIENTE.

YO ENTIENDO QUE LA ASISTENCIA MÉDICA DE EL PROVEEDOR NO ÉS CONDICIONAL A TENER QUE FIRMAR ÉSTA AUTORIZACIÓN.

EXCEPCIONES EXISTEN PARA: (A) TRATAMIENTOS DEBAJO DE INVESTIGACIÓN. (B) EXAMEN Ó TRATAMIENTO PARA EL PROPÓSITO DE CREAR PROTEGIDA INFORMACIÓN DE SALUD PARA OTRA PERSONA (PARA EXÁMENES FÍSICOS ANTES DE EMPLEO). (C) DATOS DE AUTORIZACIÓN ANTES DE INSCRIPCIÓN, Ó (D) DONDE EL PAGO ES CONDICIONAL A UNA AUTORIZACIÓN PARA PODER UTILIZAR LA PROTEGIDA INFORMACIÓN DE LA SALUD PARA DETERMINAR PAGO.

FECHA: _____

FIRMADO POR: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SI LA PERSONA FIRMANDO NO ÉS EL PACIENTE EN SÍ, DESCRIBA LA AUTORIDAD POR LA CUAL LA FIRMA ÉS EFECTIVA: _____

9011 W. Sahara Ave., Suite 101, Las Vegas, NV 89117 • 702-794-2020
www.EyeCareForNevada.com