



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo a Kismet New Vision Holdings, LLC ("la Empresa") a divulgar la siguiente información de mi registro médico:

- Registro completo de tratamientos sin limitación
- Registro de tratamiento de la(s) siguiente(s) fecha(s) _____
- Registros de facturación y pagos
- Otro (describir): _____

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización a recibir la información:

- Nombre: _____
- Dirección: _____
- Prefiero que los registros se envíen por fax a: _____
- Prefiero que los registros se envíen por correo electrónico a: _____

Esta autorización expirará en 90 días después de la fecha a continuación, o antes por elección, en cuyo caso esta autorización expirará el _____, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.

Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en mis registros de tratamiento que pueda contener información confidencial, incluida información sobre el diagnóstico y / o tratamiento del abuso de alcohol o sustancias, afecciones relacionadas con drogas, afecciones de salud mental, discapacidades del desarrollo, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades transmisibles, pruebas genéticas y / o afecciones relacionadas con el VIH / SIDA.

Entiendo que la información de tratamiento publicada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la ley federal. Si la información divulgada bajo este consentimiento incluye registros de tratamiento de alcohol o drogas, se notifica a la(s) persona(s) que recibe esta información que las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2.

Entiendo que mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar información para ser utilizada o divulgada, según lo dispuesto por la ley federal y estatal. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando, por escrito, al Custodio de Registros Médicos (dirección que se indica a continuación). Además, entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la Empresa y su fuerza laboral están liberados de la responsabilidad legal u obligación de divulgar información médica protegida autorizada por mi firma a continuación. La Empresa se reserva el derecho de enviar el registro a la dirección postal física del destinatario si el registro médico es demasiado grande para enviarlo / recibirlo por correo electrónico o fax.

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma

Puede enviar su autorización completa a:
RecordsRequest@Lasik.com

Por fax al: (513) 672-9749

O por correo regular a:
Medical Records Custodian
7840 Montgomery Rd.
Cincinnati, OH 45236

Nota: Espere 30 días para el cumplimiento o la transferencia de su solicitud de registros médicos. Esta es una estimación general y podría requerir más o menos tiempo dependiendo de varios factores, como cuándo se sometió a su procedimiento. Si sus registros médicos son necesarios para una cita o procedimiento importante con el consultorio de otro médico, planifique teniendo en cuenta el período de cumplimiento. Para garantizar que protegemos la información de su paciente, no hay una manera de acelerar el proceso de cumplimiento de registros. Los registros solo se mantienen durante 10 años antes de ser destruidos.