

Autorización del Paciente para Divulgar Información Médica Protegida

Fields Of Vision

1872 Route 88
Brick, NJ 08723
732-458-7808

Yo, _____, autorizo al Dr. Field a divulgar cualquier información médica protegida sobre mí a través de Fields of Vision. Entiendo que esta solicitud se aplica únicamente a las comunicaciones de Fields of Vision o del Dr. Field con las personas indicadas a continuación.

Por favor, indique las personas con las que nos autoriza a hablar sobre su información como paciente:

Personas con las que deseo que Fields of Vision pueda compartir mi información:

Nombre de la persona: _____

Dirección y número de teléfono de la persona: _____

Otras personas, establecimientos ópticos o profesionales médicos: _____

Nota: Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted nos notifique por escrito cualquier cambio.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente (si no es el paciente): _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____ **Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social:** _____

No autorizo que mi información médica personal sea compartida con ninguna persona.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente (si no es el paciente): _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____