Retina Macula Specialists, PLLC
660 Shoreview Avenue, Winter Park, FL 32789
100 Park Pl Blvd, Ste 202, Kissimmee, FL 34741
407-931-1510

Autorización para usar o divulgar información de salud protegida

Divulgación de expedientes médicos · Autorización HIPAA (45 CFR 164.508) · Formulario revisado el 11 de noviembre de 2026

Use este formulario para que sus expedientes se envíen desde Retina Macula Specialists a otra persona, o para que otro proveedor nos envíe sus expedientes. Complete todas las secciones; los formularios incompletos no pueden procesarse.

1. Paciente

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

2. Dirección de la divulgación

☐ Autorizo a **Retina Macula Specialists, PLLC** a divulgar mis expedientes **a** la persona u organización indicada abajo.
☐ Autorizo a la persona u organización indicada abajo a divulgar mis expedientes **a Retina Macula Specialists, PLLC**, 100 Park Pl Blvd, Ste 202, Kissimmee, FL 34741, fax 407-931-3759.

Nombre / organización _____

Teléfono _____

Dirección _____

Fax o correo electrónico seguro _____

3. Información que se divulgará

☐ expediente médico completo ☐ notas de consulta ☐ imágenes (OCT, angiografía, fotografías)
☐ informes quirúrgicos ☐ registros de facturación
☐ otro: _____

Fechas de servicio desde _____ hasta _____

4. Información delicada (ponga sus iniciales en cada punto que desee incluir)

_____ resultados de pruebas de VIH/SIDA _____ registros de salud mental
_____ registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2)

Sin sus iniciales, esta información no se divulga, aunque haya marcado “expediente médico completo”.

5. Propósito

☐ continuidad de la atención ☐ uso personal ☐ seguro ☐ legal ☐ otro: _____

6. Vencimiento

Esta autorización vence el _____ o al año de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

7. Sus derechos

- **Derecho a revocar.** Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad, Retina Macula Specialists, PLLC, 100 Park Pl Blvd, Ste 202, Kissimmee, FL 34741, salvo en la medida en que ya hayamos actuado conforme a ella.
- **Sin condicionamiento.** No condicionaremos su tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios a que firme este formulario.
- **Redivulgación.** La información divulgada bajo esta autorización puede ser redivulgada por quien la recibe y puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad.
- **Tarifas.** A las copias para uso personal o legal puede aplicarse una tarifa de copiado permitida por la ley de Florida (Regla 64B8-10.003, Código Administrativo de Florida); consulte a nuestro personal.
- **Copia.** Tiene derecho a recibir una copia de este formulario firmado.

8. Entrega

☐ correo postal ☐ fax ☐ correo electrónico seguro ☐ recoger en persona (se requiere identificación con foto)

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Si firma un representante: nombre en letra de imprenta _____ Relación / autoridad (adjunte documentación) _____

Para uso de la oficina: identidad verificada ☐ · recibido por _____ el _____ · enviado el _____ por _____.