

**EYE SPECIALISTS OF ESCONDIDO
 201 WEST VALLEY PARKWAY
 ESCONDIDO, CA 92025
 (760) 489-5100
 Matthew Kirk, MD
 Ashley McCafferty OD, Therapeutic Optometrist**

Permiso para discutir información de salud protegida con otros

Por la presente doy permiso a Eye Specialists of Escondido hablar con las siguientes personas sobre mi salud y divulgar mi información médica, incluida la facturación y el seguro. Entiendo que esta autorización no incluye información sobre registros de HIV, psiquiátricos, de drogas y/o alcohol, los cuales deben autorizarse en una divulgación por separado.

Nombre	Fecha de nacimiento
Esposo/a _____	_____
Hijos _____	_____
_____	_____
_____	_____
Guardiana/guardián _____	_____
Cuidadora/cuidador _____	_____
Hermana _____	_____
Hermano _____	_____
Amigo/a _____	_____

Eye Specialists of Escondido puede discutir mi (por favor marque todo lo que corresponda):

- () Notas médicas y recetas () Resultados de laboratorio () Estudios/pruebas médicas
 () Todos los servicios y tratamientos prestados

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Nombre impreso del paciente _____
 Fecha de nacimiento del paciente _____
 Firma del paciente/guardian/a _____ Fecha _____

() Reconozco el formulario y elijo que mi información médica permanezca privada
 _____ (iniciales del paciente)