



Advanced Family Eyecare

Joana C. Pantoja, O.D.

Samuel C. Oliphant, O.D., F.A.A.O.

14000 Quailbrook Dr. Oklahoma City, OK 73134

(405) 751-7727 Fax (405) 755-1875

Por favor imprima en tinta azul o negra.

Numero de expediente medico # _____

Nombre del paciente: _____ Nombre preferido: _____

Edad: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M F NSS: _____

Empleador: _____ Puesto: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Legalmente Viudo

Nombre del cónyuge: _____ Número de teléfono: _____

Empleador: _____ Puesto: _____

Raza: Blanco Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico

Origen étnico: No hispano o latino Hispano o latino Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico

Idioma preferido: Inglés Español

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra clinica? _____

¿Podemos usar su nombre para agradecerles? Sí No

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Tiene alguna pregunta específica para su médico hoy? _____

¿Está pensando en anteojos nuevos hoy? Sí No Tal vez ¿Está planeando comprar lentes de contacto? Sí No

Si no usa lentes de contacto, ¿está interesado en probar lentes de contacto hoy? Sí No Tal vez

¿Está interesado en aprender más sobre la corrección de la visión con láser? Sí No

Historial de lentes de contacto:

¿Actualmente usa lentes de contacto? Sí No Horas por día: _____ Días por semana: _____

¿Marca que usa actualmente? _____ ¿Tiempo de uso de hoy? _____

¿Edad de los lentes actuales? _____ ¿Qué solución de contacto está usando actualmente? _____

Si no usa lentes de contacto ahora, ¿los ha probado en el pasado? Sí No

¿Razón por la que se suspendió el uso? _____

Historia de las gafas:

¿Actualmente usa lentes? Sí No --En caso afirmativo, seleccione: Tiempo completo Tiempo parcial Distancia

Tiempo parcial de cerca

Anteojos que usa actualmente: Monofocal Bifocales Progresivos Trifocales

¿Qué edad tenía cuando le recetaron anteojos por primera vez? _____

¿Usas gafas de sol? Sí No. ¿Son sus anteojos de sol su receta más reciente? Sí No ¿Tiene algún pasatiempo o trabajo que requiera anteojos o lentes de contacto especiales? _____

Otra historia visual:

¿De quién recibió su último examen de la vista? _____ Fecha del último examen: _____

¿Por qué dejó su clínica? _____

¿Ha tenido alguna: Lesion en la cabeza? Sí No ¿Cirugías de cabeza/ojos? Sí No

Enfermedades que involucran los ojos o la cabeza: Sí No

¿Tienes dolores de cabeza? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Ubicación? _____

¿Qué alivia el dolor de cabeza? _____

¿Cuál describe su dolor de cabeza? (marque todo lo que corresponda) sordo palpitante doloroso constante agudo otro _____

Historia social:

Uso de alcohol: Ninguno Solo uso social 1-2 tragos diarios Uso por encima del promedio Dependencia del alcohol

Uso de tabaco: Ninguno Ex fumador Fumador leve Fumador promedio Fumador empedernido

Uso de narcóticos: Ninguno o Tipo & frecuencia: _____

Enfermedad de transmisión sexual: Sí No Si la respuesta es sí, nombre el tipo de ETS _____

¿VIH positivo? Sí No

Miembros de la familia (por favor enumere):

Nombre/relación con usted	Años	Último examen de la vista	Nombre/relación con usted	Años	Último examen de la vista

Medicamentos actuales (enumere):

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. _____ para _____ | 6. _____ para _____ |
| 2. _____ para _____ | 7. _____ para _____ |
| 3. _____ para _____ | 8. _____ para _____ |
| 4. _____ para _____ | 9. _____ para _____ |
| 5. _____ para _____ | 10. _____ para _____ |

Alergias a medicamentos Sí No Por favor indique:

Historia ocular:

Enumere todas las cirugías oculares:

Procedimiento: _____ Año: _____ Ojo: D/I Doctor: _____
Procedimiento: _____ Año: _____ Ojo: D/I Doctor: _____
Procedimiento: _____ Año: _____ Ojo: D/I Doctor: _____

Síntomas/condiciones oculares actuales: (marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Exceso de lagrimeo/lagrimeo | <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia | <input type="checkbox"/> Problemas para conducir de noche |
| <input type="checkbox"/> Resplandor/Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Dolor/dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Visión borrosa de cerca | <input type="checkbox"/> Mala comprensión de lectura |
| <input type="checkbox"/> Ojos cansados | <input type="checkbox"/> Sensación arenosa/arenosa | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante | <input type="checkbox"/> Inclinação de la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Amblyopia/ Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz fluorescente |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Secreción mucosa | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Otros (por favor enumere):

_____ |
| <input type="checkbox"/> Resequedad | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada/halos | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | |
| <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Destellos de luz | <input type="checkbox"/> Saltarse líneas al leer | |

Historial Médico

Indique cualquier historial personal a continuación: (marque todo lo que corresponda)

Cardiovasculares:

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Colesterol elevado
- Presión arterial alta
- Accidente cerebrovascular

Endocrino:

- Diabetes
- Gota

- Tiroides (alta o baja)
- Enfermedad Renal (Riñón)

Gastrointestinales:

- Cáncer: Colon, Hígado
- Colitis
- Hepatitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- ERGE (reflujo ácido)

Tegumentarias:

- Acné Rosácea
- Lupus

Psoriasis

- Mareos

Hematológico/Linfático:

- Leucemia
- Enfermedad de células falciformes
- Arteritis temporal
- Trastorno Linfático

Inmunológicos:

- SIDA
- Sarcoidosis
- Síndrome de Sjogren
- Sífilis
- Tuberculosis

Musculoesqueléticas:

- Artritis uso
- Artritis reumatoide

Neurológicas:

- Parálisis de Bell's Palsy
- Tumor cerebral
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Convulsiones
- Alzheimer

Psiquiátrico:

- Trastorno Bipolar
- Depresión
- Problemas de Aprendizaje
- Esquizofrenia
- Trastorno de ansiedad

Genitourinarias:

- Menopausia
- Cáncer de próstata
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama

Cabeza/ENT/Dental:

- Tos crónica
- Migrañas
- Sinusitis
- Mareos

Respiratorios:

- Asma
- EPOC
- Enfisema
- Trastorno pulmonar
- Cáncer de los pulmones

Médico de cabecera:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha del último examen físico: _____

Historia familiar:

<i>Condición</i>	<i>Relación con el paciente</i>	<i>Condición</i>	<i>Relación con el paciente</i>
<input type="checkbox"/> Ambliopía/Ojo perezoso	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Ceguera	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	_____
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	_____	<input type="checkbox"/> Degeneración de la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Degeneración macular	_____	<input type="checkbox"/> Otro	_____

Otra información:*¿Desea obtener más información sobre lo siguiente?*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Aprendizaje integrado | <input type="checkbox"/> Lentes/marcos ocupacionales |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje relacionadas con la vista | <input type="checkbox"/> Lentes/marcos deportivos | <input type="checkbox"/> Terapia para ojos perezosos/bizcos |
| <input type="checkbox"/> Avances en lentes/marcos | <input type="checkbox"/> Problemas de visión y lectura | <input type="checkbox"/> Tratamiento de ojo seco |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de visión por computadora | <input type="checkbox"/> Corrección con láser | <input type="checkbox"/> Bebé Cuidado Visual |
| <input type="checkbox"/> Visión Deportiva | <input type="checkbox"/> Charlas/Talleres | <input type="checkbox"/> Terapia Visual |

Actividades/pasatiempos (marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Pesca | <input type="checkbox"/> Bordado | <input type="checkbox"/> Softbol |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> Jardinería | <input type="checkbox"/> Pintura | <input type="checkbox"/> Natación |
| <input type="checkbox"/> Navegación | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Raquetbol | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Juego de cartas | <input type="checkbox"/> Balonmano | <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Tenis |
| <input type="checkbox"/> Carpintería | <input type="checkbox"/> Caza | <input type="checkbox"/> Reparación (Hogar) | <input type="checkbox"/> Esquí acuático |
| <input type="checkbox"/> Manualidades | <input type="checkbox"/> Tejido | <input type="checkbox"/> Costura | <input type="checkbox"/> Tallado |
| <input type="checkbox"/> Computadora | <input type="checkbox"/> Modelismo | <input type="checkbox"/> Tiro | <input type="checkbox"/> Carpintería |
| <input type="checkbox"/> Dibujo | <input type="checkbox"/> Estudio de la naturaleza | <input type="checkbox"/> Esquí en la nieve | <input type="checkbox"/> Otro |

¿Su visión ha sido un problema para usted en algún deporte o pasatiempo? _____

Gracias por completar el cuestionario anterior. Un historial completo nos permite satisfacer mejor sus necesidades. Una vez completado, envíe el formulario por fax al (405) 755-1875 o envíe un correo electrónico a info@afeyecare.com.

Política de pago

1. Pago: Se espera el pago en el momento en que se reciben los servicios.
2. Crédito: Nuestra oficina acepta Visa, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit
3. Seguro: No somos proveedores participantes de ninguna compañía de seguros. Por lo tanto, se nos requiere el pago en el momento del servicio, y le proporcionaremos la documentación necesaria para que presente su propia reclamación de seguro si así lo desea. Su compañía de seguros le reembolsará directamente la parte que tienen contrato para pagar, *que puede no ser el monto total del examen.*

Firma: _____ Fecha: _____

Advanced Family Eyecare
Vision Source !
14000 Quailbrook Drive
Oklahoma City, OK 73134
Office (405) 751-7727
Fax (405) 755-1875
Web: www.afeyecare.com

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE. (Revisado 7-2013)

Respetamos nuestra obligación legal de mantener privada la información de salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a notificarle nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene al respecto.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es por cuestiones de tratamiento, pago o atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son: programar una cita para usted; probar o examinar sus ojos; anteojos recetados; lentes de contacto; o medicamentos para los ojos y enviarlos para que los rellenen; mostrándole ayudas para la baja visión; referirlo a otro médico o clínica para el cuidado de los ojos o ayudas o servicios para la baja visión; u obtener copias de su información de salud de otro profesional que haya visto antes que nosotros. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud con fines de pago son: preguntarle sobre su plan de atención médica o de la vista, u otra fuente de pago; preparar y enviar facturas o reclamaciones; y cobrando saldos impagos (ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobro o un abogado). “Operaciones de atención médica” significa aquellas funciones administrativas y gerenciales que tenemos que hacer para operar nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; garantía de calidad interna; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento externo de nuestros registros.

Rutinariamente usamos su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su información de salud fuera de nuestra oficina por estos motivos, (lo haremos) (generalmente no lo haremos) le pediremos un permiso especial por escrito.

USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, esa ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información de salud sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; es posible que algunos nunca se presenten en nuestra oficina. Dichos usos o divulgaciones son:

- **Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;**
- **Para fines de salud pública, como la notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas; y aviso para y de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos con respecto a medicamentos o dispositivos médicos;**
- **Divulgaciones a autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.**
- **Usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud, como la concesión de licencias a médicos; para auditoría de Medicare o Medicaid; para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica;**
- **Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas;**
- **Divulgaciones con fines de aplicación de la ley, como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito; para proporcionar información sobre un delito en nuestra oficina; o para denunciar un delito que ocurrió en otro lugar;**
- **Revelación a un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; oa los directores de funerarias para ayudar en el entierro; oa organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;**

- Usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud;
- Usos o divulgaciones para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad;
- Usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como para la protección del Presidente o funcionarios gubernamentales de alto rango; para actividades lícitas de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y salud de los miembros del servicio exterior;
- Divulgación de información anonimizada; no identificado
- Divulgación relacionada con los programas de compensación para trabajadores;
- Divulgaciones de un “conjunto limitado de datos” para operaciones de investigación, salud pública o atención médica;
- Divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidas; • Divulgaciones a “socios comerciales” que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica;
- A menos que se oponga, también compartiremos información relevante sobre su atención con su familia o amigos que lo están ayudando con su atención oftalmológica.

RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamarlo o escribirle para recordarle las citas programadas o que es hora de programar una cita de rutina. También podemos llamarlo o escribirle para informarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, le enviaremos un recordatorio de su cita en una tarjeta postal y/o le dejaremos un mensaje de recordatorio en el contestador automático de su casa o con alguien que conteste su teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un “formulario de autorización” está determinado por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o divulgación es idea nuestra. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona. Por lo general, en esta situación nos entregará un formulario de autorización debidamente completado, o puede usar uno de los nuestros.

Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado basándonos en él. Las revocaciones deben estar por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina al comienzo de este aviso.

No usaremos ni divulgaremos ninguna información de salud protegida con fines de marketing o divulgaciones que constituyan una venta de información de salud protegida sin su consentimiento. Además, cualquier otro uso y divulgación que no se describa en este aviso se realizará únicamente con su autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Puedes:

- Pedimos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones con fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia) y operaciones de pago o de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo para hacer esto, pero si estamos de acuerdo, debemos respetar las restricciones que desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- Pedimos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de a su casa, enviándole información de salud a una dirección diferente o usando el correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Responderemos a estas solicitudes si son razonables y si nos paga algún costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.
- Solicitar ver u obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, estas son algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, en su mayor parte, podrá revisar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a la solicitud (o sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puedes

hay que pagar las fotocopias por adelantado. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e

instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación, si existe una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para darle acceso o fotocopias de su información de salud. Envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.

- Pedimos que modifique su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. Si estamos de acuerdo, modificaremos la información dentro de los 60 días de su solicitud. Enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta y otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición que incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación. Enviaremos esto con su información de salud cada vez que se solicite/necesite una divulgación permitida. Por ley, podemos tener una prórroga de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito de la prórroga. SI desea solicitarnos que modifiquemos su información médica, envíe una solicitud por escrito, incluyendo los motivos de la modificación, a la persona de contacto del consultorio a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- Obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgación para fines de pago de tratamiento u operaciones de atención médica; divulgaciones para autorización; revelaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Tiene derecho a una lista de este tipo por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción. Por ley, podemos tener una prórroga de 30 días si le notificamos la prórroga por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- Obtener copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad si lo solicita. No importa si ya obtuvo uno electrónicamente o en papel. Si desea copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo del Aviso.
- Puede restringir ciertas divulgaciones de información de salud protegida a un plan de salud cuando paga de su bolsillo la totalidad del artículo o servicio de atención médica.
- En caso de que haya una violación de la información de salud protegida no segura, nuestra oficina le notificará dentro de los 30 días de la violación.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que pueda generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

ACUSE DE RECIBO

¡Reconozco que recibí una copia de Advanced Family Eye Care Your Vision Source! Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Autorización para Divulgación de Información

Por la presente solicito la divulgación de información de mi expediente.

Nombre del paciente: _____ Dirección: _____
_____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
_____/_____/_____ Teléfono: (_____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

La información debe ser liberada A/DE:

Nombre/Agencia: _____ Dirección: _____
_____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
_____/_____/_____ Teléfono: _____
(_____) Fax: _____
(_____) Correo electrónico: _____
_____ Persona(s) de contacto: _____

La información debe ser divulgada por correo, teléfono, correo electrónico o fax. **TO/FROM:**

**Advanced Family Eyecare
14000 Quailbrook Dr.
Oklahoma City, OK 73134
(405) 751-7727/ fax (405) 755-1875**

La información que se publicará es la siguiente:

- Cualquier información contenida en el expediente del paciente
- Solo información relacionada con el éxito educativo del paciente (Especifique)

- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un año después de la fecha autorizada.
- Entiendo que el destinatario de la información de salud protegida divulgada puede no tener ninguna obligación legal de mantener la confidencialidad adicional de la información de salud protegida. • No podemos negarnos a tratarlo si decide no firmar este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____ (Paciente, padre o tutor legal)