



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I, _____, hereby authorize ACE Eyecare, Inc. to release the following
(Name of patient)

protected health information: _____

To:

(Name and title or facility name to receive health information)

(Street address, city, state, ZIP code)

(Telephone number)

(Fax number)

For the following purposes: _____

This authorization is in effect until _____ (date or event), when it expires.

I understand that by signing this authorization:

- I authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information as described above for the purpose listed.
- I have the right to withdraw permission for the release of my information. If I sign this authorization to use or disclose information, I can revoke that authorization at any time. The revocation must be made in writing and will not affect information that has already been used or disclosed.
- I have the right to receive a copy of this authorization.
- I am signing this authorization voluntarily and treatment, payment, or my eligibility for benefits will not be affected if I do not sign this authorization.
- I further understand that a person to whom records and information are disclosed pursuant to this authorization may not further use or disclose the medical information unless another authorization is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

Signed by Patient:	Date
Or Signed by Personal Representative:	Date
On Behalf of _____ Name of Patient	

IDENTIFYING INFORMATION

COPY OF IDENTIFICATION ATTACHED

TYPE _____ (CA DRIVER'S LICENSE, CA DMV IDENTIFICATION CARD, BIRTH CERTIFICATE, BENEFITS IDENTIFICATION CARD, MANAGED CARE CARD, STATE OR FEDERAL EMPLOYEE ID CARD)

NUMBER _____

IF NO IDENTIFICATION IS ATTACHED, YOUR SIGNATURE MUST BE NOTARIZED.

NOTARIZED BY _____

ON _____ (DATE)

NOTARY PUBLIC NUMBER _____

NOT OFFICIAL UNLESS STAMPED BY NOTARY PUBLIC

PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION

WHAT LEGAL AUTHORITY DO YOU HAVE TO MAKE MEDICAL DECISIONS FOR THE PATIENT?

(please indicate your relationship to the patient below)

PARENT

CONSERVATOR

GUARDIAN

EXECUTOR OF WILL

MEDICAL POWER OF ATTORNEY

OTHER _____

NOTE: ATTACHING LEGAL DOCUMENTATION IS REQUIRED TO VERIFY THAT YOU ARE THE PARENT, CONSERVATOR, GUARDIAN, EXECUTOR OF A DECEDENT'S WILL, OR HAVE MEDICAL DECISION-MAKING AUTHORITY FOR THE INDIVIDUAL.



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____, por la presente, autorizo ACE Eyecare, Inc. a divulgar esta
(Nombre del paciente)

información de salud protegida: _____

A:

(Nombre y título o nombre de la oficina para recibir información de salud)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

(Número de fax)

Para los siguientes propósitos: _____

Esta autorización está efectiva hasta _____ (fecha o evento), cuando expira.

Entiendo que al firmar esta autorización:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describió anteriormente para el propósito mencionado.
- Tengo el derecho de retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará la información que ya se haya utilizado o divulgado.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Firmo esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Además, entiendo que una persona a la que se divulguen registros e información conforme a esta autorización no podrá usar o divulgar más la información médica a menos que se obtenga otra autorización mía o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Firmado por el paciente:	Fecha
O firmado por representante personal: _____ A nombre de: _____ (Nombre del paciente)	Fecha

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

COPIA DE IDENTIFICACIÓN ADJUNTA

TIPO _____ (LICENCIA DE CONDUCIR DE CALIFORNIA,
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE CA., CERTIFICADO DE NACIMIENTO, TARJETA DE
IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS O DE EMPLEADO ESTATAL O FEDERAL)

NÚMERO _____

**SI NO SE ADJUNTA IDENTIFICACIÓN,
SU FIRMA DEBE SER NOTARIZADA.**

NOTARIZADO POR _____

EL _____ (FECHA)

NÚMERO DE NOTARIO PÚBLICO _____

NO OFICIAL A MENOS QUE ESTÉ ESTAMPADO POR EL NOTARIO PÚBLICO

INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

**¿QUÉ AUTORIDAD LEGAL TIENE PARA HACER
DECISIONES MÉDICAS PARA EL PACIENTE?**

(Por favor, indique su relación con el paciente a continuación.)

PADRE

CONSERVADOR

TUTOR

EJECUTOR DE VOLUNTARIADO

MANDATO DE REPRESENTACIÓN

OTRO _____

SE REQUIERE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN LEGAL PARA VERIFICAR QUE USTED ES
EL PADRE, CONSERVADOR, TUTOR, EJECUTOR DE LA VOLUNTAD DE UN DECENTE, O
TIENE AUTORIDAD DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS PARA EL PACIENTE.