

**LITTLE ROCK EYE CLINIC**  
9800 Lile Drive  
Suite 400  
Little Rock, AR 72205  
Phone: (501) 224-5658  
800-537-8054

**LITTLE ROCK EYE CLINIC - WEST**  
4200 N. Rodney Parham Road  
Suite 101  
Little Rock, AR 72212  
Phone: (501) 687-0800

Cliff Clifton, M.D., P.A.  
J. Charles Henry, M.D., P.A.  
Michael Roberson, M.D., P.A.  
Dan Hennessey, O.D.  
Andrew W. Lawton, M.D.  
Tracy Baltz, M.D.  
J. Mayne Parker, M.D.  
Edwin Hankins, III, M.D.

---

### AUTORIZACION DE ENVIO DE ARCHIVOS

\_\_\_\_\_ Yo autorizo y solicito **el envio** a Little Rock Eye Clinic de cualquier informacion respecto a mis diagnosticos y tratamientos.

\_\_\_\_\_ Yo autorizo y solicito que **Little Rock Eye Clinic** envíe cualquier informacion respecto a mis diagnosticos y tratamientos.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente

#### **Informacion para ser enviada:**

Informacion de (Seguro, Libro mayor de cuenta)

**Fechas de Servicio:** \_\_\_\_\_

Demograficas (Informacion Personal)

Archivos de Clinica

(Notas de Paciente, Examen, Reportes, Laboratorios, H&P, D/C Resumen, Resumen de Historia Medica)

**Fechas de Tratamiento:** \_\_\_\_\_

Archivos o Correspondencias de otros Medicos

Archivo Entero

Otro: \_\_\_\_\_

#### **Proposito de Revelacion:**

Cuidado Medico

Informacion Personal

Seguro

Otro: \_\_\_\_\_

**Para:** \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Codigo Postal

### AUTORIZACION DE REVELACION AL OTRO LADO

## AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD

Yo entiendo que autorizar la Revelacion de esta Informacion de Salud es voluntaria. Yo entiendo que yo puedo inspeccionar o elegir informacion para ser usada o revelada, como proveido en CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier revelacion de Informacion tiene la potencia de ser revelada sin autorizacion y la informacion no sera protegida por la regla confidencial. Si tengo preguntas aserca de mi informacion de salud, Yo puedo llamar al Oficial de Privacidad de esta corporacion.

Yo entiendo que tengo el derecho de canselar esta autorizacion en cualquier momento. Yo entiendo que si canselo esta autorizacion, Yo tendre que presentar una carta de canselacion al Oficial de Privacidad de esta organizacion. Yo entiendo que la canselacion no aplica a la informacion que ya ha sido revelada en correspondencia de esta autorizacion. Yo entiendo que la canselacion no aplica a mi compania de seguros ya que la ley le proive a mi seguro el derecho de contestar un reclamo bajo mi poliza. De otra manera especifica, esta autorizacion se vence en seis meses de la fecha de requisito en el frente de esta forma.

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la informacion en mi archivo de salud puede incluir informacion relacionada con enfermedades trasmitidas sexualmente, Sindrome de Inmunodefisiencia Adquirida (SIDA), Virus Inmunodefisiencia Humana (HIV). Puede incluir informacion de comportamiento o servicios de salud mental, y tratamientos de abuso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_  
Firma de pasiente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion al pasiente

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo