

EYEXAMSM

OF CALIFORNIA

P.O. Box 2756
Mission Viejo, CA 92690
1-888-439-3392
TDD 1-949-364-1289
www.eyexamofca.com

AUTORIZACIÓN PARA PEDIR COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN MÉDICA

Pido acceso como Paciente Padre/madre/tutor Asistente autorizado del padre/madre/tutor (se necesita prueba de la documentación legal)

Nombre del paciente (escriba claramente en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

(_____) _____
Número de contacto

Fecha de hoy: _____

Estas son las comunicaciones que esta petición cubrirá con confidencialidad:

- Factura
- Aviso de determinación adversa de beneficios
- Explicación de beneficios
- Información sobre reclamos
- Aviso de reclamos impugnados

Método preferido de comunicación:

Por escrito: dirección para enviar correspondencia: _____

Electrónica: correo electrónico para enviar correspondencia: _____

Verbal/presencial: contacto telefónico para enviar correspondencia: _____

Duración: esta autorización es válida hasta que el suscriptor o afiliado presente una renovación de la petición o presente una nueva petición de comunicación confidencial, sin requisito de renovación anual.

Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Número de contacto durante el día: _____

Firma del paciente o representante del paciente

relación con el paciente