



Envisions Eyecare Centers, Inc

Elegance N Eyewear Boutique

Dr. John S. Corvese and Associates
Dr. Jay P. Kile Dr. Harrison Smiley
Dr. Peter Liberto Dr. Maria Serio
www.envisionseyecare.com

EAST PROVIDENCE 1970 Pawtucket Avenue East Providence, RI 02914 (401) 438-1166 (Tel.) (401) 438-1614 (Fax)	PROVIDENCE 319 Pocasset Avenue Providence, RI 02909 (401) 942-1444 (Tel.) (401) 223-7149 (Fax)	CRANSTON 868 Reservoir Avenue Cranston, RI 02910 (401) 942-9933 (Tel.) (401) 270-2491 (Fax)	WEST WARWICK 328 Cowesett Avenue West Warwick, RI 02893 (401) 821-4300 (Tel.) (401) 381-0084 (Fax)	NORTH PROVIDENCE 1543 Smith Street North Providence, RI 02911 (401) 353-2010 (Tel.) (401) 353-0380 (Fax)
---	---	--	---	---

Autorización médica de Petición/Liberación de Información

Nombre paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Yo por la presente autorizo _____ para revelar y soltar toda la información médica a:

- Envisions Eyecare Centers, Inc
- Otra entidad indicó abajo

Comprendo que mis registros son mantenidos de acuerdo con los Derechos Familiares de la Educación y Acto de Intimidad y las Leyes Generales de Rhode Island y no pueden ser revela sin mi consentimiento escrito sino como de otro modo específicamente proporcionado por la Ley.

Información soltó o recibió como resultado de este consentimiento no será retransmitido aún más en ninguna manera a cualquier otra persona, a la organización, a la entidad o a otro sin un consentimiento escrito adicional de mí.

Puedo retirar este consentimiento dando notificación escrito al partido antes mencionado en tiempo antes de revelación de la liberación de la información. En ausencia de mi retirada previa, este consentimiento expirará 90 días después de que sea firmado.

He leído esta nota y el consentimiento antes de firmar y comprendo su contenido.

Firma paciente _____

Testigo _____

Fecha _____

FOR HEALTH CARE USE ONLY

DATE RELEASE SENT _____ REVIEWED BY _____

DATE OF INFORMATION RECEIVED _____