

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR VERBALMENTE INFORMACIÓN**

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

No. del Registro Medico Electrónico \_\_\_\_\_

Muchos de nuestros pacientes permiten que miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otros, llamen y soliciten información del cuidado de salud o de facturación. Los pacientes también pueden permitir que otros proveedores de cuidado de salud hablen sobre su cuidado. No podemos dar esta información a nadie sin el permiso del paciente. Si desea que La Clínica hable sobre su cuidado de salud o información de facturación con un familiar u otra persona, escriba su nombre y relación a continuación:

**Autorizo a La Clinica a dar verbalmente la siguiente información a las personas mencionadas a continuación:**

(Marque lo que corresponda)  **Cuidado de Salud**  **Facturación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

**\* Autorizo el intercambio verbal mutuo de mi información de salud entre la persona mencionada anteriormente y mi equipo de atención de La Clínica. \_\_\_\_\_ (inicial)\***

**\*\*La información confidencial a continuación no se compartirá a menos que ponga su inicial\*\***

**COMPRENDO QUE** la información solicitada incluye la información confidencial que se detalla a continuación, se pueden aplicar leyes federales o estatales adicionales. Al poner mi inicial al lado de cada sección, **doy mi permiso para que se comparta la información.**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Tratamiento del uso de drogas

Iniciales: \_\_\_\_\_ Resultados de las pruebas genéticas

Iniciales: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Tratamiento del uso de alcohol

Iniciales: \_\_\_\_\_ Anemia de células falciformes

Iniciales: \_\_\_\_\_ Enfermedad de transmisión sexual

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registros de salud mental

Iniciales: \_\_\_\_\_ Resultados de la prueba de VIH/SIDA

**ENTIENDO QUE:**

**La información utilizada o compartida** por esta autorización se puede volver a compartir con otros. Entonces ya no estará protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la posibilidad de volver a compartir parte de la información confidencial mencionada anteriormente. (45 CFR§164.508 (c) (2) (iii))

**No estoy obligado a firmar esta autorización.** Elegir no firmar no me impedirá obtener atención médica o el reembolso por los servicios. El único momento en que mi niego a firmar puede impedirme obtener servicios de salud es si los servicios se realizan solo para proporcionar información de salud a otra persona y se necesita autorización para enviarles la información. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**Tengo derecho a solicitar**, por escrito, una lista de las personas que han recibido mi información de salud por razones distintas al tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autoricé. Sé que puedo obtener una copia de esta lista una vez cada 12 meses sin costo alguno.

**Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento** enviando una solicitud por escrito o completando el formulario de Revocación de Autorización de La Clínica.

Si cancelo esta autorización, entiendo que esto no afecta la información previamente compartida. Es posible que no pueda retirar mi autorización si se hizo para obtener cobertura de seguro. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**En los centros de salud escolares de La Clínica**, la información protegida se usará o compartirá solo cuando sea necesario. El propósito debe estar relacionado con la salud, el bienestar y la capacidad del niño para aprender y tener éxito.

**Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada, a menos que se escriba una fecha de vencimiento diferente aquí:**

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

(MM/DD/AAAA)

---

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (*cuando es firmado en la oficina*)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

***Para uso del personal solamente:***

*For Staff Use Only:*

ROI Documented in Snapshot

Staff Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_