

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 médica, dental 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 su información médica, dental o de facturación se divulgue verbalmente a un familiar u otra persona, indique su nombre y relación a continuación:
Autorizo a La Clinica a dar verbalmente la siguiente información a las personas a continuación:

(Marque todo lo que corresponda) Médico Dental Facturación

Nombre: _____ Relación al paciente _____

** Autorizo el intercambio verbal mutuo de mi información de salud entre el especialista mencionado anteriormente y mi equipo de atención de La Clinica. _____ (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 de Abuso de Drogas

Iniciales: _____ Resultados de las pruebas genéticas

Iniciales: _____ Diagnóstico/Tratamiento de Alcoholismo

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 que figura en la página 1. (45 CFR§164.508 (c) (2) (iii))

No estoy obligado a firmar esta autorización. Elegir no firmar no me impedirá obtener atención médica o 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 Clinica.

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 Clinica, 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: _____
(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 está firmada en la oficina*)

Nombre impreso del testigo

Para uso del personal solamente:

For Staff Use Only:

ROI Documented in Snapshot

Staff Name: _____

Date: _____