

Autorización de Comunicación del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a compartir mi información médica personal con el/los representante(s) indicados a abajo. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que la información sea revelada, puede ser divulgada por la(s) tercera(s) persona(s), y la información puede no estar protegida por las Leyes o Regulaciones Federales de Privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo solicite una actualización. Esta Autorización es para uso, conforme a las Reglas de Privacidad de HIPAA, si usted está autorizando la revelación de información médica/salud a otra persona para que tenga acceso de forma continua para ayudar con su cuidado y mantener su información. Usted entiende que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médica, así como información relacionada sobre el uso de servicios de tratamiento de drogas y alcohol, tratamiento de VIH/SIDA, servicios de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia), servicios de salud reproductiva y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento en persona en HMC. La revocación sólo será efectiva una vez recibida y registrada. Cualquier uso o revelación hecha antes de una revocación no se incluye como parte de la revocación. El propósito de este formulario es para que HMC comunique la información de atención médica del paciente a una tercera persona mencionada a abajo. Este formulario expirará un año después de la fecha de su firma, a menos que sea revocado previamente.

¿SI NO ESTÁ DISPONIBLE, PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ?

- No, no deje mensajes de voz
 Sí, deje un mensaje de voz

SI NO ESTÁ DISPONIBLE, ¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS? MARQUE TODO LO QUE APLIQUE.

Comuníquese SÓLO CONMIGO

Nombre: _____ Teléfono: (____) / ____ / ____

Relación con el Paciente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cualquier Información | <input type="checkbox"/> Información de Citas | <input type="checkbox"/> Consentimiento para tratar a un menor |
| <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia | <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes | * (Para pacientes menores de 18 años) |
| <input type="checkbox"/> Información de Facturas | <input type="checkbox"/> Farmacia | |

Nombre: _____ Teléfono: (____) / ____ / ____

Relación con el Paciente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cualquier Información | <input type="checkbox"/> Información de Citas | <input type="checkbox"/> Consentimiento para tratar a un menor |
| <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia | <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes | * (Para pacientes menores de 18 años) |
| <input type="checkbox"/> Información de Facturas | <input type="checkbox"/> Farmacia | |

Nombre: _____ Teléfono: (____) / ____ / ____

Relación con el Paciente: _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cualquier Información | <input type="checkbox"/> Información de Citas | <input type="checkbox"/> Consentimiento para tratar a un menor |
| <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia | <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes | * (Para pacientes menores de 18 años) |
| <input type="checkbox"/> Información de Facturas | <input type="checkbox"/> Farmacia | |

* Al seleccionar consentimiento para tratamiento, yo, como padre o guardián** del paciente menor de edad, acepto permitir que las siguientes personas marcadas arriba den su consentimiento para el tratamiento de dicho menor.

** Guardianes legales por favor traigan su documentación indicando su relación con el menor, si aplica.

Nombre del Paciente (Deletreado)

_____/_____/_____
Fecha

Firma del Paciente o Padre/Guardián