



Improving health. Improving lives.

### AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN VERBAL

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ MRN # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA:** Sólo comunicación verbal – no se brindan copias de los registros

**COMUNICACIÓN ENTRE:**

\_\_\_\_\_ y: Nombre: \_\_\_\_\_  
(nombre del centro de salud, especificar proveedor de salud/miembro del personal) (sólo una persona/entidad por formulario)

Y /O

**Dejar un Mensaje de Voz en el Siguiete Número Telefónico** (incluye todo tipo de mensajes de voz a excepción de lo siguiente): \_\_\_\_\_

Limitar tipos de mensajes de voz a: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN:** Cuidado continuo a menos que se especifique:

\_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ** en un año desde la firma a menos que se especifique lo contrario a continuación:

Indefinido  Finaliza el (fecha) \_\_\_\_\_

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN**

**Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará:** Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que he autorizado para que se utilice o divulgue.

**Derecho a recibir una copia de esta autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, la cual no estoy obligado a hacer, puedo solicitar una copia firmada de este formulario.

**Derecho a negarme a firmar esta autorización:** Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que la/s persona/s y/u organización/es enumeradas anteriormente que yo autorizo a utilizar y/o divulgar mi información no representa un condición para un tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención de salud sobre mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que la notificación por escrito es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre los pasos a tomar para revocar mi autorización o recibir una copia de mi cancelación, puedo contactar a Access Community Health Centers. Asimismo, comprendo que mi revocación no será efectiva a los usos y/o divulgaciones de mi información médica que la persona(s) u organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan hecho referencia a esta autorización. Access Community Health Centers no condicionará el tratamiento sobre el término de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación posterior por parte del destinatario.

**Otras Divulgaciones:** Comprendo que si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y/o utilizar información médica protegida no están sujetos a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden difundir dicha información médica protegida y puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. Entiendo que esta información se puede difundir de forma electrónica. **Fecha de Caducidad:** Esta autorización es efectiva por (1)

De acuerdo con las condiciones enumeradas anteriormente, autorizo a utilizar y/o divulgar mi información médica. Mi firma asimismo autoriza la divulgación de información relacionada con SIDA/VIH, cuidado de la salud mental y tratamiento, uso de drogas y alcohol y discapacidades, a excepción de lo siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal/Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma