



AUTORIZACION PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACION DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Scenic Bluffs Community Health Center debe tener su autorización específica para compartir cualquier información protegida de la salud (PHI) con un esposo o miembro de la familia, o para dejar un mensaje sobre su atención medica en la contestadora automática de su teléfono.

Esto es especialmente provechoso:

- Si está tomando medicamentos que requieren pruebas y ajustes frecuentes,
- En caso de que haya una necesidad urgente de estar en contacto con usted,
- Si necesitamos cambiar una cita, prueba, o procedimiento y no esta disponible cuando llamamos,
- Si hay alguien que le asiste con sus finanzas,
- Si usa servicio de transportación o un conductor personal a quien quiere que le llamamos para confirmar las citas.

El tipo de información incluida podría ser:

- Información de Cuenta/Facturación
- Información de Citas (fechas y horas)
- Historial médico de información terapéutica y de diagnósticos, podría incluir información con respecto a la salud mental, discapacidad de desarrollo, VIH alcohol, y abuso de drogas, a solo que se indique lo contrario a continuación.

Esta forma **NO** autoriza la revelación de ninguna información escrita de su salud. Puede escoger limitar la información que está compartiendo con cualquier persona o agencia que enlista.

LA COMUNICACION VERBAL CON RESPECTO A MI TRATAMIENTO SE PUEDE REVELAR A:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Número de Teléfono</u>	<u>Tipo de Información</u>
_____ / _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Todo <input type="checkbox"/> Limitado a: _____
_____ / _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Todo <input type="checkbox"/> Limitado a: _____
_____ / _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Todo <input type="checkbox"/> Limitado a: _____

Si es menor de 18 años de edad – nombres de los padres:

Madre: _____

Padre: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA...

Nombre de amigo o familiar local: _____

Relación con el/la paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor indique a continuación donde podemos contactarle y dejar un mensaje sobre su tratamiento médico, salud del comportamiento y/o información de finanzas, si es necesario:

CASA: _____ **CELULAR:** _____ **TRABAJO:** _____

Puede rehusar a firmar esta autorización con el entendimiento de que este podría resultar en un retraso de tratamiento y/o potencialmente, consecuencias adversas a la salud. Al firmar esta forma, usted entiende que en cualquier momento, puede cambiar o revocar esta autorización. Esta autorización deja de estar vigente en dos años después de ser firmada.

Firma de Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

(Si es firmado por una persona autorizada, escribir su relación y autorización que tiene para hacerlo.)