

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Como parte de su atención continua, es posible que desee que un amigo o familiar tenga acceso a su información médica protegida (PHI). Este formulario le permite a su equipo de atención médica compartir solo la información que usted autorizó con las personas que se enumeran a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque por escrito. Para obtener información sobre nuestras políticas de HIPAA, consulte a un miembro de su equipo de atención médica.

Autorizo a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación a tener acceso a mi información médica protegida:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba a tener acceso a la información que he seleccionado a continuación (marque una de las 3 casillas):

<input type="checkbox"/> Toda mi información de salud, incluidos materiales extremadamente confidenciales como: <input type="checkbox"/> VIH/SIDA, abuso de alcohol/drogas, psiquiátrico/psicoterapéutico, enfermedades de transmisión sexual	
<input type="checkbox"/> Toda mi información de salud, excepto materiales extremadamente confidenciales como: <input type="checkbox"/> VIH/SIDA, abuso de alcohol/drogas, psiquiátrico/psicoterapéutico, enfermedades de transmisión sexual	
<input type="checkbox"/> Toda mi información de salud excepto :	_____

Deseo que mi equipo de salud de SIMEDHealth se comunique conmigo:

Por favor llama:	Número de teléfono:	Mejor hora para contactarme:
<input type="checkbox"/> mi teléfono de casa	()	
<input type="checkbox"/> Mi celular:	()	
<input type="checkbox"/> Mi teléfono del trabajo:	()	

Si no puede ponerse en contacto conmigo:

- Puede dejar un mensaje detallado
 Puede dejar un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada
- Otras instrucciones: _____

Firma del Paciente/Tutor

Fecha