



PERMISO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN PROTEJEDA DE SALUD

1. Doy permiso a la HealthCare Connection a revelar información sobre la salud de la siguiente individuo como se especifica a continuación:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Por favor imprime)

2. Yo autorizo como se debe revelar la información específicamente a continuación:

- En mi buzón de voz en el hogar (especifica el número de teléfono): _____
- En mi buzón de voz en el trabajo (especifica el número del teléfono): _____
- En mi teléfono móvil a través de texto o correo de voz (especifica el número del teléfono): _____
- A los siguientes miembro (s) o otra persona (s):

Nombre	Relación	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. El tipo y la cantidad de información a revelar, es el siguiente: (Por favor marque los apropiados)

- Resultados de laboratorio
- Instrucciones o consejos médicos
- Reportes de rayos X
- Información sobre medicamentos recetados
- Información de la cita, incluyendo la confirmación/ cancelación de cita y tipo de cita
- No deje ninguna información sobre el correo de voz: intente ponerse en contacto conmigo directamente

Entiendo que esto puede incluir información detallada personal médico, incluyendo servicios médicos, notificación de recetas rellenas que están listas para recoger, y cualquier información indicada en el punto #3 anterior.

Firma del Paciente o Representante Autorizado
(Por favor, adjunte aplicable documentación legal de la autoridad)

Fecha

Esta forma de consentimiento se expirara cuando sea revocada por escrito parte del paciente/representante o en el caso de un menor de edad, en la fecha en que el menor se convierte en un adulto bajo la ley estatal, lo que ocurre primero.