



Mid-Valley Hospital & Clinic

810 Jasmine St. Omak, WA 98841 | 509-826-1760 | fax: 509-826-7211

Permiso para hablar acerca de la información confidencial de salud con familiares y amigos

NO TIENE VALIDEZ SI NO SE PRESENTA UNA COPIA DE LA **I.D: VIGENTE CON FOTO**

Información del paciente

Nombre del paciente (Apellido, 1º, 2º nombre): _____

Otros o previos nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Domicilio, Ciudad, Estado, Código: _____

Mid-Valley Hospital and Clinic tiene mi permiso para hablar con el familiar, amigo/a, u otra persona nombrada a continuación acerca de mi información médica según se explica abajo. Apunte no más una sola persona en cada forma. La información mencionada es la que tiene relevancia a la intervención de esta persona en mis cuidados, o bien los pagos para los cuidados. Yo entiendo que esta solicitud NO autoriza la divulgación de copias de mi registro médico.

Persona indicada: _____ Teléfono: _____

Domicilio, Ciudad, Estado, Código: _____

Yo doy permiso al Mid-Valley Hospital and Clinic para compartir de forma ORAL la información que yo he indicado a continuación con familiares, amigos, o la persona que interviene en mis cuidados de salud, la gestión de mis cuidados, o los pagos para mi atención de salud, él o ella que he señalado arriba (marcar todas las casillas que aplican).

- Programación o información de citas
- Información de la salud, incluso mis síntomas, diagnósticos, medicinas o plan de tratamiento.
- Información de la facturación y pagos.
- Información delicada:** Al marcar esta casilla, yo autorizo la discusión sobre información delicada, la que puede incluir enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Mi registro médico también puede incluir información delicada sobre los servicios de la salud mental o conductual o tratamiento por alcoholismo o farmacodependencia.
- Otra (describe): _____

Yo entiendo que en ciertas situaciones el personal del Mid-Valley Hospital and Clinic pueden hablar con otras personas involucradas en mi atención de salud o los pagos para aquella atención, según permita la ley, y puede ser que aquellas personas no son identificadas en esta forma. Yo entiendo que tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento, exceptuando las veces que el Mid-Valley Hospital and Clinic ya haya divulgado algo, en consecuencia de esta misma solicitud. **Yo comprendo que esta autorización sigue vigente hasta que yo la revoque por escrito.** Si se ha recibido una solicitud actualizada del *Permiso para hablar acerca de la información confidencial de salud con familiares y amigos*, la nueva versión reemplazará cualquiera versión previa que exista en el archivo. Yo entiendo que esta solicitud **NO** autoriza la divulgación de copias de mi registro médico.

Firma de paciente o su apoderado legítimo: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique la relación y la autoridad para firmar (proveer comprobante): _____