



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 de paciente

Nombre de paciente (Apellidos, 1º, 2º nombre): _____

Otros o Previos Nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección, Ciudad, Estado, Código: _____

Autorizo al Mid-Valley Hospital and Clinic a a hablar con el siguiente miembro de la familia, amigo, u otra persona nombrada a continuación sobre la información de mi cuidado según se explica abajo. Apunte solo una persona en cada forma. Esta información es directamente relevante para su participación médica, o el pago de esa atención. Entiendo que este formulario NO autoriza la divulgación de copias de mis registros médicos.

Persona indicada: _____ Teléfono: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código: _____

Doy permiso al Mid-Valley Hospital and Clinic para compartir VERBALMENTE la información que yo he marcado a continuación con familiares, amigos, u otra persona que he identificado anteriormente como involucrada en mi atención médica, la coordinación de atención, o el pago de mi atención médica (marcar todas las casillas que aplican).

- ☐ Programación o información de citas ☐ Información de la facturación y pagos.
- ☐ Información médica, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos, y plan de tratamiento.
- ☐ **Información Delicada:** Al marcar esta casilla, autorizo la discusión sobre información delicada, la que puede incluir enfermedad transmitida sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental o salud reproductiva.
- ☐ TCS (Trastorno por el Consumo de Sustancias). Marcando la casilla TCS, autorizo la divulgación de información protegida por el 42 CFR (Código del Reglamento Federal) Parte 2.
- ☐ Otra (describe): _____

Propósito de la Divulgación (Obligatorio)

- Coordinación de la atención
- Pago o facturación
- Participación legal o familiar
- Otro

Vencimiento de la Autorización (Obligatorio)

- Hasta la fecha del _____, sobre este evento o condición _____
- Se vence al año, a partir de la fecha de la firma. _____

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. Entiendo que tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento, excepto cuando el Mid-Valley Hospital and Clinic ya haya hecho las divulgaciones, basándose en esta solicitud. **Yo comprendo que esta autorización sigue vigente hasta que yo la revoque por escrito.** Si se ha recibido una solicitud actualizada de la Autorización para hablar acerca de la información confidencial de salud con familiares y amigos, el nuevo formato reemplaza cualquier versión anterior archivada. Entiendo que esta solicitud **NO** autoriza la divulgación de copias de mis registros médicos.

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

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