

Autorización para discutir verbalmente la Información médica protegida con familiares y amigos

-Completar este formulario es opcional -

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Número de registro médico, si se conoce	
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		

Doy mi autorización para que Healdsburg District Hospital (“Hospital”) y las Clínicas que se enumeran a continuación (“Clínicas”) compartan VERBALMENTE la información que he comprobado con la familia, amigos u otras personas que he identificado a continuación. (Marcar todas las casillas que correspondan.) Este formulario no autoriza la publicación de copias de mis registros.

- Información de programación/citas
- Información médica, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Información de salud conductual, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
 - Trastorno por uso de sustancias
 - Discapacidad del desarrollo
- Resultados de laboratorios/pruebas (Marcar aquí para incluir los resultados de VIH)
- Información de facturación y pago
- Otros (describir): _____

El Hospital y las Clínicas tienen mi autorización para discutir la información anterior con las siguientes personas (familia, amigos y otros). Esta información es directamente relevante a su participación en mi atención médica (o pago por esa atención).

1 Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Código postal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

2 Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Código postal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Entiendo que, en ciertas situaciones, el Hospital y las Clínicas pueden hablar con otras personas que están involucradas en mi atención o en el pago de esa atención, si lo permite la ley que no esté identificada en este formulario.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento, excepto en los casos en que el Hospital y las Clínicas ya hayan hecho divulgaciones en relación con esta solicitud. **Entiendo que la autorización permanece vigente hasta el momento en que la revoque por escrito.**

Firma del Paciente/Representante autorizado X _____

Si es alguien distinto al paciente, declare la relación y la autoridad para firmar _____

Fecha: _____

Familiares y amigos – Hoja informativa

HEALDSBURG HOSPITAL

Etiqueta del paciente

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS AMBULATORIOS

Autorización para discutir verbalmente la Información médica protegida con familiares y amigos

-Completar este formulario es opcional -

Hemos establecido un proceso que le permite decirnos con quién podemos hablar sobre su atención médica. Esto incluye información sobre citas y horarios, resultados de laboratorio y pruebas, información sobre tratamientos e información de facturación.

¿Cómo puedo dar permiso a otros para obtener información verbal sobre mí?

Complete el formulario de Autorización para discutir verbalmente la información médica protegida en el reverso de esta página para informarnos a quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas correspondientes para indicar qué información podemos discutir. También puede enviarnos una carta con esta información.

¿Esto significa que no hablará con nadie a quien no haya mencionado específicamente en el formulario?

No. Si lo permite la ley, *Healdsburg District Hospital* y sus Clínicas pueden hablar con otras personas involucradas en su atención (o en el pago de esa atención).

¿Cómo se utiliza la información en el formulario?

Cada vez que su persona designada llame o realice una solicitud en su nombre, verificaremos que la persona tenga su autorización para recibir la información y luego la compartiremos.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo esto podría ser útil?

- Si una persona desea compartir información con su cónyuge o pareja
- Si una persona mayor quiere que un hijo adulto le ayude a entender las instrucciones de tratamiento médico
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas de facturación
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud
- Si un estudiante universitario quiere información compartida con un padre
- Si un hijo adulto llama para averiguar la hora de la cita de su padre

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o revocar (detener) este proceso en cualquier momento comunicándose con nosotros de la siguiente manera:

Correo de los EE.UU.: Healdsburg Hospital
Health Information Management Department
1375 University Ave, Healdsburg CA 95448

Fax: 707-431-6466

Correo electrónico: HIM@nschd.org

¿Qué sucede si no complete este formulario?

Continuaremos protegiendo su información médica privada según lo exige la ley.

¿La persona que yo designo también puede obtener copias de mis registros médicos?

No. Solo puede recibir información verbal. Para obtener copias de los registros médicos, complete un formulario de Autorización por separado comunicándose con: *Healdsburg District Hospital, Health Information Management Department, 1375 University Ave., Healdsburg CA 95448*

¿A dónde envío el formulario completado o cualquier cambio?

Please mail, fax or email this completed form or any changes to:

Correo de los EE.UU.: Healdsburg District Hospital
Health Information Management Department
1375 University Ave, Healdsburg CA 95448

Fax: 707-431-6466

Correo electrónico: HIM@nschd.org