

Autorización para divulgar información de salud

Comunicación entre los pacientes y sus familias, amigos o cuidadores



Este formulario le permite a **Gastroenterology Associates** comunicar información sobre su atención médica a usted y a aquellos que usted indique en este formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de contacto principal: _____ Teléfono fijo Teléfono celular Teléfono de trabajo

COMUNICACIÓN CON USTED

Se permite mensajes detallados con resultados o información de salud protegida por: **(Marque todos que apliquen)**

Mensaje de texto El número principal arriba Mensaje de voz Ninguna opción Otro número de contacto: _____

*Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no siempre son medios de comunicación seguros y que podrían ser interceptados y leídos por un tercero. Estoy dispuesto a aceptar el riesgo. Este consultorio no es responsable por la privacidad o la seguridad de su información de salud una vez que se le envía a usted o a uno de los destinatarios mencionados arriba.

COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES

Gastroenterology Associates puede comunicarse con las personas indicadas abajo:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Marque la casilla junto a cada tipo de información que **SÍ** podemos compartir con las personas arriba:

Toda la información Recetas de medicamentos Citas Facturación/Seguro médico

Otro: _____

NO podemos compartir:

Registros médicos de la salud mental Tratamiento para uso de drogas/alcohol Enfermedades transmisibles

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que el paciente rellene y envíe un nuevo formulario de autorización que sustituya al presente. El paciente puede revocar o modificar esta autorización en cualquier momento, siempre que la revocación o modificación sea por escrito y entregada a nuestro consultorio. Consulte nuestro aviso de prácticas de privacidad para conocer las excepciones. Una revocación no se aplicará a ninguna divulgación de información que se produzca antes de que recibamos una revocación por escrito de su parte.
- El destinatario de la información podría utilizarla o divulgarla de un modo que las leyes federales o estatales no protegen. Este consultorio no es responsable de la privacidad o seguridad de su información de salud después de ser enviada a las personas mencionadas en esta autorización.
- Usted puede revisar o copiar la información que será utilizada o divulgada como se describe en esta autorización.
- Usted no tiene que firmar esta autorización para recibir tratamiento de esta práctica.
- Usted entiende que la información que se utilizará o divulgará podría incluir el diagnóstico de enfermedades transmisibles como VIH o un diagnóstico relacionado con la salud mental o el abuso de sustancias, a menos que usted lo excluya más arriba.
- Todos los cambios o actualizaciones de este formulario deben hacerse por escrito y ser firmados por usted (paciente) o su representante personal.
- Las modificaciones menores pueden hacerse en este formulario, con sus iniciales y la fecha, en lugar de un nuevo formulario.
- El aviso de prácticas de privacidad se puso a mi disposición para mi revisión y entiendo mis derechos de privacidad.

X _____

Firma del paciente o representante personal

_____ **Fecha**

Nombre y descripción de la autoridad del representante personal (e.g. poder notarial): _____

(Adjunte la documentación que respalde la autoridad del representante personal si no está ya archivada en el consultorio)