

Autorización para Divulgación de Información Médica

Comunicaciones entre pacientes y sus familiares, amigos o cuidadores



Este formulario permite a Gastroenterology Associates compartir información sobre su atención tanto con usted como con las personas que indique en este documento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono principal de contacto: _____ Casa Móvil* Trabajo

Nombre del representante autorizado (en letra impresa): _____
(si el formulario no lo completa el/la paciente)

MÉTODOS DE COMUNICACIÓN APROBADOS – CONTACTO CONTIGO

Se permite dejar mensajes detallados sobre resultados o información médica protegida a través de: (marque todas las opciones que correspondan)

Llamada telefónica Mensaje de texto (SMS)* Buzón de voz Correo electrónico:* _____ Ninguno

Número de contacto alternativo (si es diferente al anterior): _____ Casa Móvil* Trabajo

* Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no siempre son métodos de comunicación seguros y podrían ser interceptados y leídos por terceros. Acepto este riesgo. Esta consulta no se hace responsable de la privacidad ni de la seguridad de su información médica una vez haya sido enviada a usted o a los destinatarios indicados anteriormente.

COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES

Gastroenterology Associates podrá comunicarse con las personas indicadas a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Marque la casilla junto a cada tipo de información que **PODEMOS** compartir con las personas indicadas arriba.

Toda la información Recetas Citas Facturación/Seguro Otro: _____

No incluir: Registros de salud mental Tratamiento por alcohol/drogas Enfermedades transmisibles

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para conocer las excepciones. La revocación no afecta a la información que se haya divulgado antes de recibir su notificación por escrito.
- El destinatario de la información podría usarla o divulgarla de forma que no esté protegida por la legislación estatal o federal. Esta consulta no se responsabiliza de la privacidad ni de la seguridad de su información médica una vez que se envíe a las personas indicadas en esta autorización.
- Puede consultar o solicitar una copia de la información que será utilizada o divulgada, tal como se describe en este documento.
- No es obligatorio firmar esta autorización para recibir atención médica en este centro.
- Comprende que la información utilizada o divulgada puede incluir diagnósticos de enfermedades transmisibles como el VIH, o diagnósticos relacionados con salud mental o abuso de sustancias, salvo que lo excluya arriba.
- Cualquier cambio o actualización en este formulario debe realizarse por escrito y firmado por usted (paciente) o su representante legal. Las modificaciones menores pueden hacerse en este mismo formulario, indicando la fecha y sus iniciales, sin necesidad de un nuevo documento.
- He tenido acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo mis derechos de privacidad.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Descripción de la autoridad del representante legal: _____
(p.ej., padre/madre, apoderado sanitario)

(Adjunte documentación que acredite la autoridad del representante legal si no consta ya en el expediente de la consulta.)