



Autorización para divulgar verbalmente información de salud protegida

Autorizo a Terry Reilly Health Services a divulgar verbalmente la información que marqué a continuación, con aquellas personas que declaré como partes involucradas en mi atención médica, coordinación de servicios de salud o pagos de mi atención médica. **Este formulario no otorga autorización para divulgar copias de mis registros médicos.** Si alguna de la información solicitada tiene que ver con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, estará protegida por los reglamentos Federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Los reglamentos Federales prohíben realizar revelaciones adicionales sobre esta información, a menos que el uso o divulgación de dicha información adicional esté autorizado expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona sobre quien se trata o esté permitido de otro modo bajo 42 CFR Parte 2. La autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Los reglamentos Federales restringen todo uso de dicha información para realizar investigaciones o procesamientos penales de cualquier paciente que consuma alcohol o drogas.

¡ Por favor escriba en imprenta Información del paciente:

Nombre del paciente:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: ()	Fecha de nacimiento:	Identificación del paciente:	

Información que autorizo para divulgación verbal únicamente:

- Información médica, incluidos mis síntomas, diagnósticos, medicamentos, resultados de exámenes y plan de tratamiento.
 - Información dental, incluidos mis síntomas, diagnósticos, medicamentos y plan de tratamiento.
 - Información sobre citas/programación de citas **SELECCIONE TODO LO QUE APLIQUE**
 - Información sobre facturación y pagos
 - Otros (describir):
- *Marque a continuación, si desea incluir información relacionada con :**
- VIH/SIDA Enfermedades de transmisión sexual Salud mental
 - Tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o sustancias.

Terry Reilly Health Services está autorizado a conversar sobre la información marcada anteriormente con las siguientes personas:

Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono del hogar/Celular:	Teléfono del trabajo:
Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono del hogar/Celular:	Teléfono del trabajo:
Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono del hogar/Celular:	Teléfono del trabajo:

Mi autorización se da libremente, bajo el entendimiento de que:

- Mi información puede estar sujeta a una nueva divulgación por el receptor y es posible que si este es el caso, ya no esté protegida por las Políticas de privacidad de Terry Reilly Health Services o por las leyes sobre privacidad pertinentes.
- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento, salvo cuando ya se han tomado medidas al respecto, y siempre y cuando mi revocación se lleve a cabo por escrito.
- Mi atención médica, pagos, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no será condicionada a mi autorización de este formulario de divulgación.
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como su original.
- Terry Reilly, sus directivos, oficiales, empleados, agentes y voluntarios quedan descargados por este medio de cualquier responsabilidad legal por la divulgación o recepción de la información anterior, según el alcance indicado y autorizado por este documento.
- **Esta autorización expirará en un (1) año, a partir de a la fecha de mi firma, a menos que haya sido revocada antes de dicha fecha.**

EXPIRA UN AÑO DESPUÉS DE A LA FECHA DE FIRMA

Firma del paciente

Fecha

Si usted es uno de los padres del paciente o su representante personal y puede actuar legalmente por el paciente, firme a continuación. La capacidad del paciente y su autoridad para firmar como su representante personal se verificará.

Firma del representante personal, tutor legal o padre/madre del menor

Fecha

Relación con el paciente