Autorización para Discutir Verbalmente la Información de Salud Protegida

Autorizo a Terry Reilly Health Services a compartir **verbalmente** la información que he indicado a continuación con aquellos a quienes he identificado como involucrados en mi atención médica, coordinación de cuidado, o pago de mi atención de salud.
Esta forma no autoriza la publicación de copias de ninguno de mis registros.

Información del Paciente:			
Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono: ( )	Fecha de Nacimiento:	ID de Paciente:	

Información que yo autorizo para la divulgación Verbal Solamente:

[ ] Información de salud, incluyendo mis síntomas, diagnostico, medicamentos, resultados de exámenes (pruebas/ análisis??), y plan de tratamiento.

[ ] Información dental, incluyendo mis síntomas, diagnostico, medicamentos, y plan de tratamiento.

[ ] Información sobre citas incluyendo programación

[ ] Información sobre facturas y pagos

[ ] Otro (explique):

**Marque a continuación si desea incluir información relacionada con*:

Terry Reilly Health Services está autorizado a discutir lo anterior, con todos los individuos siguientes:	
Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono de casa/ celular:	Teléfono de Trabajo:
Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono de casa/celular:	Teléfono de trabajo:
Nombre:	Relación con el paciente:
Dirección:	
Teléfono de casa/celular:	Teléfono:

Mi autorización se da libremente con el entendimiento de que:

- Mi información puede estar sujeta a la divulgación por parte del destinatario y tal vez ya no pueda estar protegida por la Practicas de Privacidad de Terry Reilly o las leyes de privacidad aplicables.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas de confianza, siempre que mi revocación sea por escrito.
- Mi atención de salud, pago, inscripción en un plan de seguro de salud, o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados sobre mi autorización de esta divulgación.
- Una fotocopia o fax de esta forma de autorización es tan valida como la original.
- Terry Reilly, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad pasivo a largo plazo por la divulgación o recepción de la información anterior en la medida indicada y autorizad en este documento.
- **Esta autorización expirara un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se revoque antes de esa fecha.**

_____
Firma de Paciente Fecha

Si usted es el Padre o Representante Personal del Paciente y puede actuar legalmente para el paciente; por favor firme a continuación. Se verificará la capacidad del paciente y su autoridad para firmar como Representante Personal.

_____ _____
Firma de Representante Personal, Guardian, o Padre del menor Fecha Relación al paciente