

PERMISO PARA COMUNICARSE VERBALMENTE Y/O DEJAR MENSAJES RELACIONADOS A LA SALUD

Información del paciente

Nombre del paciente o etiqueta / *Name of Patient or Patient label*

Fecha de nacimiento / *Date of birth*

Domicilio / *Street address*

Ciudad, estado, código postal / *City, state, zip code*

Número telefónico / *Phone number*

de registro médico / *Patient MRN*

Autorización

Yo autorizo la divulgación verbal de mi información médica. Este documento no autoriza la divulgación por escrito de cualquier información médica.

A menos que se indique lo contrario a continuación, esta autorización incluye la divulgación de información sobre discapacidades del desarrollo, tratamientos por alcoholismo o drogadicción, enfermedades relacionadas al SIDA o el SIDA en sí, y de información financiera, como el saldo de la cuenta y las intenciones de pago (si procede).

No aplica a los mensajes de salud mental.

Si en cualquier momento deseo revocar cualquier autorización incluida en este formulario, deberé comunicarme con el Departamento de Expedientes Médicos de la organización que reciba este formulario.

Permiso para comunicarse verbalmente

Autorizo la comunicación entre cualquier proveedor médico _____
Nombre de la instalación o instalaciones médicas específicas

y _____
Nombre de la persona en la letra molde Número telefónico Relación con el paciente
Por favor llene otro formulario si desea designar a más de una persona

Autorizo que se dejen mensajes en el siguiente número(s): _____
El número puede ser el suyo o el de la persona nombrada arriba

Deseo excluir las siguientes afecciones médicas de las comunicaciones verbales (si las hubiera): _____

Deseo excluir la divulgación de información financiera como el saldo de la cuenta y las intenciones de pago

Deseo limitar esta autorización al siguiente periodo de tiempo: de ____/____/____ a ____/____/____
Si no se indica ninguna fecha, este formulario permanecerá vigente durante un periodo de tiempo ilimitado.

Firma / Signature

Fecha / Date

Si esta autorización ha sido firmada por un representante del paciente, por favor llene lo siguiente:

Nombre del representante (letra de molde)

Representative's name (please print)

Relación con el paciente

Relationship to patient



SSMHealth
Dean Medical Group

PERMISO PARA COMUNICARSE VERBALMENTE Y/O DEJAR MENSAJES RELACIONADOS A LA SALUD

Respecto a este formulario

Los médicos y el personal de SSM Health Dean Medical Group reconocen que la confidencialidad es una parte muy importante de la relación que usted tiene con ellos. Para proteger su confidencialidad, estos no hablarán rutinariamente con personas ni dejarán mensajes respecto a su tratamiento médico, a menos que usted lo autorice específicamente. Esta autorización permite que los proveedores de servicios médicos y el personal compartan información relacionada a la salud, según sus especificaciones..

Al completar el reverso de este formulario, usted puede autorizar cualquier combinación de los siguientes permisos:

- 1) Permiso para comunicarse verbalmente (en persona o por teléfono) entre los proveedores de servicios médicos y la persona estipulada en el formulario.
- 2) Permiso para dejar un mensaje respecto a su atención médica en el número telefónico proporcionado.

Si desea limitar el tipo de información que los proveedores de servicios médicos y el personal puedan compartir, puede indicarlo en el reverso de este formulario.

Por favor especifique a un individuo por formulario. Si quisiera dar permiso a más de un individuo, usted puede llenar otro formulario.

Instrucciones de envío

Por favor complete, firme y devuelva este formulario a su equipo de atención médica durante su visita de hoy. También puede regresar el formulario a cualquier SSM Health Dean Medical Group o enviarlo a:

**SSM Health Dean Medical Group - Health Information
Attn: Scanning
PO Box 259840
Madison, WI 53725-9840**

**Teléfono: 608-294-6244
Línea gratuita: 877-510-1873
Fax: 608-294-6230**