

Permiso para discutir verbalmente la información de salud

En casos limitados, podemos proporcionar información médica a familiares o amigos cercanos que estén directamente involucrados en su atención o en el pago de su atención médica a menos que usted nos indique lo contrario. Por ejemplo, podemos decirle a un amigo que pregunta por usted, por su nombre en dónde se encuentra en nuestras instalaciones y podemos permitir que un amigo o familiar recoja la receta por usted. También podemos comunicarnos con un miembro de la familia si tiene una lesión grave o en otras circunstancias de emergencia. Podemos analizar la información médica en presencia de un miembro de la familia o un amigo si usted también está presente e indicar que está bien hacerlo así.

Puede darnos permiso para discutir información sobre usted con familiares, amigos y otras personas que usted designe que estén involucradas en su atención o preocupadas por su estado de salud y puedan preguntar sobre su condición o necesiten información: cuando no esté presente, puede informarnos con quién podemos hablar sobre su atención médica, incluida su cita e información de programación, resultados de análisis y análisis, información de tratamiento e información de facturación. Esto no significa que la persona tendrá acceso a sus registros médicos. El permiso para divulgar o divulgar registros médicos se maneja por separado.

Complete este formulario para informarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas correspondientes para indicar qué información podemos discutir. También puede enviarnos una carta con esta información. Estos son algunos ejemplos de cuándo podría ser útil para usted divulgar información:

- Si desea que un familiar o amigo lo ayude a comprender las instrucciones del tratamiento médico
- Si un familiar o amigo está ayudando con las preguntas de facturación.
- Si un amigo o familiar llama para verificar la hora de una cita.
- Si un familiar o un amigo entra y pregunta si está aquí y si está dentro o fuera de la sala de cirugía o de procedimientos.

Si cambia de opinión cuando tenga otra cita con nosotros, puede completar un nuevo formulario de autorización. Debe notificarnos **POR ESCRITO los cambios que desea.**

Doy permiso al Centro de Cirugía para discutir VERBALMENTE la siguiente información sobre mí (marque todas las casillas que correspondan) con la(s) siguiente(s) persona(s)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Trabajo _____ Móvil _____ Hogar _____

- Información de la cita médica
- Información médica incluidos mis síntomas, diagnóstico, medicamentos, plan de
- Resultados de laboratorio/pruebas
- Información de facturación, pago
- Mi ubicación en el centro y si he sido dado de alta y dado de alta.

Declaro que entiendo que tengo derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro de Cirugía ya haya hecho divulgaciones basándose en esta solicitud de permiso. **Entiendo que debo notificar al Centro de Cirugía por escrito si quiero revocar mi permiso.**

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

COLOQUE LA ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO AQUÍ