

Consentimiento de dar informacion Permiso de dejar Mensajes en el telefono/ o Discuscutir Verbalment información médica que es protegidacon.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ ZonaPostal _____
 Teléfono _____ Nombre anterior/de soltera/o _____

Doy permiso para que el Centro Medico de Myrtue comparta verbalmente mi información médica con la(s) siguiente(s) persona(s) identificadas a continuación. Este permiso permite la comunicación verbal, en persona o por teléfono, incluyendo mensajes telefónicos. Además, autorizo al Centro Médico Myrtue a dejar mensajes en mi teléfono.

Si esta area no esta complete, Yo solo autorizo al Centro Medico de Myrtue que deje mensajes en mi telefonó.

Nombre		Relación	
Telefonó		Si es menor, Madre/ Guardian legal	

Nombre		Relación	
Telefonó		Si es menor, Madre/ Guardian legal	

Nombre		Relación	
Telefonó			

Nombre		Relación	
Telefonó			

Marque cada casilla de información que esté protegida por la ley: <input type="checkbox"/> Uso/abuso de sustancias (drogas y alcohol) <input type="checkbox"/> Salud Mental	
--	--

Entiendo que en ciertas situaciones, el Centro Medico de Myrtue puede hablar con otras personas que estén involucradas en mi atención o en el pago de facturas, si lo permite la ley, que pueden no estar identificadas en este formulario. Entiendo que cualquier liberación de información conlleva la posibilidad de una nueva liberación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. **Este consentimiento para la liberación permanecerá vigente durante un (1) año a partir de la fecha de firma.** Entiendo que tengo derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya haya realizado la liberaciones con esta solicitud.

 Firma del paciente o representante autorizado Relación Fecha