

Autorización de dar información
Centro Medico de Myrtue
Permiso para Dejar Mensajes y/ o Discutir Verbalmente
Información de Salud Protegida con Familiares, Amigos y Otros

Nombre del Pacient (Primero,Segundo, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Numero de Teléfono
--	---------------------	--------------------

Doy permiso al Centro Medico de Myrtue para que deje mensajes de información médica sobre mi en mi teléfono celular o de casa. Si No

Doy permiso al Centro Medico de Myrtue que comparta verbalmente la siguiente información de la Casillas marcadas abajo con familia, amigos o otros, que he indentificado como involucrados en mi atención médica o en el pago de servicios médicos. *(marque las Casillas que corresponda):*

- Planifiación / citas / asistencia/ participación/ información
- Información Medica, incluyendo mis sintomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
- Laboratorio / resultados de exámenes
- Información de facturas y pagos

Marque cada casilla de información cual esta protejiga por la ley:

- Uso de Sustancias/Abuso (drogas y alcohol)
 Salud Mental
 VIH/ SIDA

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Relación

Fecha

Identificar a un familiar, amigo o otra persona.

Nombre	Dirección	Relación	Numero de Teléfono

Entiendo que, en ciertas situaciones, el Centro Medico de Myrtue puede hablar con otras personas que estén involucradas en pagos o atención medica relacionado con migo, si lo permite la ley, es posible que no se identifique en este documento. Entiendo que tengo derecho a revocar este documento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya haya hecho uso de este documento. Entiendo que cualquier información dada lleva el riesgo de no ser autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad **Este documento de Autorización permanecerá en efecto hasta _____ o tres (3) años a partir de la fecha en que se firma, lo que sea más tiempo o hasta que yo mismo o mi representante autorizado lo revoque.**

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Relacion

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

**Autorización de dar Información
Centro Medico de Myrtue
Permiso para Dejar Mensajes y / o Discutir Verbalmente
Información de Salud Protegida con Familiares, Amigos y Otros**

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Cómo puedo dar permiso a otras personas para que puedan obtener información verbal sobre mí?

Complete este Documento para dar permiso para discutir verbalmente información protegida sobre su Salud con Familiares, Amigos y otras personas, en el reverso de esta pagina informarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las Casillas para indicar qué información podemos discutir.

A dónde envío el formulario completo o cualquier cambio?

Porfavor de enviar este formulario completo por correo o fax o pidale al personal del hospital / clinica que lo envíe por usted a la Departamento de información que esta abajo de este documento.

Esto significa que no hablará con nadie que no haya nombrado específicamente en este formulario?

No. Si lo permite la ley, El Centro Medico de Myrtue puede hablar con otras personas involucradas en su atención medica y en pagos de facturas.

Cuáles son algunos ejemplos de cuándo esto podría ser útil?

- Si una persona desea compartir información con su cónyuge o pareja
- Si una persona anciana quiere que un hijo adulto le ayude a entender instrucciones del tratamiento médico.
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas de facturas
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud.
- Si un estudiante universitario quiere información compartida con sus padres.
- Si un hijo adulto llama para saber la hora de la cita de sus padres.

Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cambiar o revocar (detener) este proceso en cualquier momento escribiéndonos a la dirección que se muestra arriba. Los formularios están disponibles en la oficina de su medico o puede obtener en la dirección de abajo.

La persona que yo designe también puede obtener copias de mi historial médico?

No, solo pueden recibir información verbal. Para obtener copias de registros médicos, se debe completar un formulario de Autorización por separado. Puede obtener el formulario de Autorización en la oficina de su medico o en la dirección de abajo.

**Health Information Management
1213 Garfield Avenue
Harlan, Iowa 51537
Phone: 712-755-4368**

medicalrecords@myrtuemedical.org www.myrtuemedical.org-