

**Autorización para comunicar su información**

**1. Información del paciente**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**2. Permiso para compartir la información**

Autorizo a Northwest Colorado Health para que hablen con la(s) siguiente(s) persona(s) acerca de información de salud protegida relacionada a mi atención médica y tratamiento actual:

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con el (la) paciente \_\_\_\_\_ Parentesco con el (la) paciente \_\_\_\_\_

**3. Información que pueden liberar o a la que permito el acceso**

La información que he marcado a continuación es la que pueden dar de manera verbal a la(s) persona(s) nombrada(s) en el número 2:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados de los análisis de laboratorio        | <input type="checkbox"/> Facturación, seguro médico, pagos  |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones o recomendaciones médicas          | <input type="checkbox"/> Tratamiento, instrucciones o recomendaciones referentes a la planificación familiar de adultos |
| <input type="checkbox"/> Información referente a las citas                | <input type="checkbox"/> Instrucciones o recomendaciones sobre tratamiento dental                                       |
| <input type="checkbox"/> Información acerca de los medicamentos recetados |   |

**4. Métodos de comunicación**

Doy permiso para que Northwest Colorado Health me deje o me envíe mensajes relacionados a la información sobre mi salud a través de los siguientes medios (marque todos los que le interesen):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Al número de la casa: _____     | <input type="checkbox"/> Mensajes seguros a través de myClinicOnline |
| <input type="checkbox"/> Al celular, el número es: _____ | <input type="checkbox"/> Mensajes de texto, mi número es: _____      |

**5. Entiendo que**

- La información que se divulgará verbalmente no debe incluir un diagnóstico ni alguna otra cosa relacionada con la(s) siguiente(s) condición(es): *Servicios de salud mental o conductual o atención psiquiátrica; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).*
- Si no expreso deseo de revocarla, esta autorización se vencerá automáticamente un año después de la fecha en que se firmó abajo, al menos que yo pida una fecha de vencimiento menor a un año.
- En cualquier momento puedo revocar esta autorización por escrito, excepto que ya no se podría revertir ninguna medida que ya haya sido tomada en cumplimiento de la misma.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no estaría protegida por la ley de privacidad HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

Rev. 05/2018