



**Patient Authorization to:
Discuss Health Information (Verbal)
with Friends and Family and/or
Leave Care-Related Messages on a
Messaging System**

Place Patient Label Here

Esta autorización está limitada a discusiones/mensajes VERBALES. No se proveerá acceso electrónico o con copias de papel usando esta autorización.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ MRN (Número de expediente Médico) _____

Por favor revise el formulario por completo y marque las cajas indicando sus preferencias.

Yo autorizo a Samaritan Health Services (SHS) para que discuta VERBALMENTE o VERBALLY información relevante de cuidado o de pagos de ese cuidado con mi familia y/o amigos discuss health information relevant to my care or payment of that care with family and/or friends (as specified below) and/or leave detailed messages containing specific medical information on a messaging system regarding the following information:

Consentimiento para dejar un mensaje

Si no pueden encontrarme cuando llaman:

- Pueden dejar un mensaje detallado
- Deje un mensaje pidiéndome que les devuelva la llamada
- Otro: _____

El mejor momento para contactarme es (día) _____ Entre (hora) _____

Yo no quiero que dejen en un mensaje información con la siguiente información de salud:

- Resultados de VIH
- Exámenes Genéticos
- Visitas específicas de Salud Mental
- Visitas Específicas de Droga/Alcohol
- Otro: _____

Individuos autorizados a discutir información relacionada con mi cuidado médico son:

Yo autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, expedientes, exámenes que me hayan hecho y que pide información.

No quiero compartir la siguiente información:

- Resultados de VIH
- Exámenes Genéticos
- Visitas específicas de Salud Mental
- Visitas Específicas de Droga/Alcohol
- Otro: _____

La información puede ser divulgada a:

Nombre (Nombre y apellido): _____ Número de Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre (Nombre y apellido): _____ Número de Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre (Nombre y apellido): _____ Número de Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

No se puede divulgar información a nadie.

• **Yo entiendo que las instrucciones e información en las páginas 1 y 2 de esta autorización.** A menos que yo la cancele (revoke), esta autorización se vence en _____ (fecha o evento) o 365 días a partir de la fecha en la que firmé este formulario. Si prefiere, usted puede especificar y decir "NINGUNO" (diciendo que no hay fecha de vencimiento).

Firma del Paciente o Representante del Paciente _____

Relación con el paciente _____ Fecha de Firma _____

Nombre en letra de Molde de la Firma _____

*Esta caja será completada por SHS SOLAMENTE
This box is to be completed by SHS ONLY*

Date Received: _____ ID Verified

Staff reviewed for completeness - Initials: _____

Autorización del Paciente para: Discutir Información de Salud (Verbal) con Amigos y Familia y/o Dejar Mensajes que Tienen que Ver con el Cuidado Médico en un Sistema de Mensajes de Voz.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

Para que esta autorización sea válida todas las secciones deben de estar completas, firmada, y con la fecha de parte mía o de mi parte por un representante del personal representante.

Tratamiento y/o reembolso de servicios no pueden ser negados o dados con la condición de obtener esta autorización. Yo me puedo rehusar a firmar esta autorización.
Yo entiendo que tengo el derecho de tener una copia de este formulario de autorización.

DIVULGACIÓN:

Esta autorización es limitada a discusiones/mensajes VERBALES. No se le proveerá acceso a mi información de salud electrónicamente o por copias de papel a las personas mencionadas arriba sin autorización específica en una Autorización para Divulgar información de Salud de SHS o cualquier autorización equivalente a esa.

FIRMA: La firma del paciente es requerida. Si el paciente es incapaz de firmar la autorización, un personal representante como lo es un padre, o legal guardián de un menor de edad, o alguien designado por medio de una carta de poder de salud o directriz médica del paciente puede firmar de parte del paciente. Documentos legales que demuestren que pueden firmar de parte del paciente puede que sean requeridos, antes de que la petición para obtener expedientes médicos sea procesada. Ejemplos de documentos que se aceptan incluyen: Carta de Poder Médica, Certificado de Defunción, o una Orden de la Corte.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE:

CANCELACIÓN/ REVOCACIÓN: I puede revocar (cancelar) esta autorización por escrito en cualquier momento. La petición por escrito no aplica a la información que ya ha sido divulgada de acuerdo con esta autorización. Para cancelar esta autorización tiene que hacerlo por escrito y firmada por mí o de parte mía por medio de un representante personal. Yo debo de mandar una copia de esta autorización y de mi declaración por escrito revocando esta autorización a Samaritan Health Services, Health Information Management (HIM) Department, PO Box 2728, Corvallis, OR 97333.

Noticia de Prácticas de Privacidad

Yo entiendo que los Servicios de Salud de Samaritan Health (SHS) protege mi información de cuidado de Salud. Estas protecciones y mis derechos como paciente en cuanto a mi información de cuidado médico están descritas en la Noticia de Prácticas de Privacidad de SHS disponible en la página de internet www.samhealth.org.

MENORES: En el estado de Oregon, los menores pueden pedir ciertos niveles de confidencialidad o consentimiento en cuanto a ciertos asuntos de salud dependiendo en la edad sin el consentimiento de los padres. Cuando un menor de edad se presenta para tratamiento que describimos ya arriba, las pólizas de Samaritan Health Services requieren que el menor de edad los autorice a divulgar esos expedientes médicos. (Referencia; ORS 109.675, 109.610, 109.640)

Información de Contacto

**POR FAVOR MANDE SUS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN A:
PLEASE RETURN YOUR AUTHORIZATION FORM(S) TO:**

Departamento:

Department:

Dirección:

Address:

Teléfono:

Phone

Number:

Fax: