



Aceptación Verbal Para Dar Información (ROI)

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

El Centro Memorial de Salud Virginia García (VGMHC, siglas en inglés) no permite dar información personal de su salud si usted no ha dado su permiso, a no ser que el intercambio de su información se deba por razones de tratamiento, de pago, o para hacer alguna operación. Esta ROI o su aceptación verbal nos autoriza que hablemos con su familia y con quienes le cuidan su salud cuando sea necesario si usted quiere que alguien más se involucre en el cuidado de su salud.

Permiso Para Hablar con Miembros de su Familia/Asistentes en el Cuidado de su Salud

Permito que los empleados de VGMHC hablen con las siguientes personas sobre mi tratamiento:

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Permiso Para Dejar un Mensaje Detallado

Por la presente autorizo que empleados de VGMHC dejen un mensaje detallado en este número:

-O-

No lo permito. Por favor no me dejen ningún mensaje detallado.

Cierta información de su salud es sensitiva y necesitamos permiso especial para compartirla. Al poner sus iniciales en las líneas de abajo, usted consiente que VGMHC comparta esta información protegida:

_____ Información relacionada con el tratamiento o diagnóstico del VIH/SIDA

_____ Información relacionada con el tratamiento o diagnóstico de las condiciones de su salud mental

_____ Información relacionada con el tratamiento o diagnóstico del abuso de drogas y/o de alcohol

_____ Información relacionada con el tratamiento o diagnóstico de alguna condición genética

- Entiendo que este formulario es vigente siempre y cuando yo sea paciente de VGMHC.
- Entiendo que puedo cancelar esto por escrito en cualquier momento pero que VGMHC no puede recuperar lo que ya ha sido compartido.
- Para que podamos compartir información con las personas arriba mencionadas, este formulario debe estar firmado y fechado.

Firma del Paciente/Representante

Nombre Deletreado

Fecha

Relación con el Paciente