



Divulgación de Información Verbal de su Salud

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

El Centro Memorial de Salud Virginia García (VGMHC, siglas en inglés) restringe la divulgación de la Información Protegida de la Salud (PHI, siglas en inglés) conforme lo permiten las leyes de confidencialidad del paciente. De acuerdo con las regulaciones de HIPAA, las razones que permiten la divulgación de PHI incluyen el tratamiento, el pago, y las operaciones de atención médica, o algún otro modo permitido por la autorización específica firmada por el paciente o por su representante personal autorizado.

El propósito de la Divulgación de la forma sobre la Información Verbal de su Salud es ofrecer a nuestros pacientes la oportunidad de permitir la divulgación verbal de PHI de las 2 siguientes maneras.

1. Permiso para Discutir Verbalmente PHI con Miembros de la Familia/Cuidadores de la Salud
Por la presente autorizo a los empleados de VGMHC que discutan mi PHI con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre y Número de Teléfono: _____ Relación: _____

2. Permiso para dejar un mensaje detallado

Por la presente yo autorizo a los empleados de VGMHC para que dejen un mensaje detallado en el siguiente número: _____

-O-

Yo declino. Por favor no dejen ningún mensaje detallado.

No se puede divulgar cierta información sin la autorización específica conforme a lo requerido por la ley estatal y federal. Al poner sus iniciales en las líneas de abajo, usted autoriza la divulgación de la siguiente información protegida:

_____ La información relacionada con el tratamiento o diagnóstico del VIH/SIDA

_____ La información relacionada con el tratamiento o diagnóstico de las condiciones de salud mental

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

- Yo entiendo que esta autorización es válida mientras yo sea paciente de VGMHC.
- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero la revocación de esta autorización no se aplicará a la información ya divulgada.
- Esta forma no es válida a no ser que esté firmada y fechada.

Firma del paciente/representante

Nombre legible

Fecha

Descripción del representante personal