



Autorización para la comunicación verbal de información médica protegida

Nombre De Paciente:(en letra imprenta) _____ Fecha de Nacimiento:_____

Número de registro médico # (personal de oficina)_____

Mi firma al pie de esta pagina indica que estoy de acuerdo con lo siguiente (marque todas las opciones que correspodan):

- ☐ Me atienden varios profesionales en Tahoe Forest Multispecialty clinics. Este formulario se aplica a todos ellos.
- ☐ Este formulario solo se aplica a : _____(nombre de proveedor)

Informacion medica protegida: indique con quien podemos hablar sobre la informacion medica protegida (es decir,conyuge,pareja,hijo/a,amogo/a,ect.):

- ☐ Niguno de ellos, Solo conmigo.
- ☐ Pueden hablar sobre mi informacion medica protegida con las siguiente personas:
 1. Nombre _____ Relacion:_____
 2. Nombre _____ Relacion:_____
 3. Nombre _____ Relacion:_____
 4. Nombre _____ Relacion:_____
 - ☐ Quiero que la autorizacion dinalice el (fecha):_____
 - ☐ **No se indica fecha de finalizacion.**

Informacion sobre seguros/factiracion: Indique con quien podemos hablar sobre asuntos relativos al seguro y a la facturacion (es decir,conyuge, pareja, hijo/a, amogo/a, ect.):

- ☐ Niguno de ellos, Solo conmigo.
- ☐ Pueden hablar sobre mi informacion medica protegida con las siguiente personas:
 1. Nombre _____ Relacion:_____
 2. Nombre _____ Relacion:_____
 3. Nombre _____ Relacion:_____
 4. Nombre _____ Relacion:_____
 - ☐ Quiero que la autorizacion dinalice el (fecha):_____
 - ☐ **No se indica fecha de finalizacion**

**Tenga en cuenta que las disposiciones de su poliza se seguro y las normativas correspondientes, pueden permitirnos hablar de la informacion sobre seguros/facturacion con personas que no estan indicadas en este documento.*

Firma Del Paciente o Del representante autorizado_____

Nombre en Letra Imprenta: _____ Fecha:_____

Relacion:_____