CentraCare™

Autorización para divulgar verbalmente información médica protegida a familiares y amigos

(complete los campos o coloque la etiqueta del paciente aquí)

Nombre del paciente *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*
Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*

Instrucciones: lea atentamente y rellene el formulario.

CentraCare valora su privacidad y queremos protegerlo tanto como sea posible. Al firmar este formulario, **usted autoriza a CentraCare a divulgar información verbalmente** (por ejemplo, por teléfono o en persona) a las personas que enumera a continuación. Esto es independiente de sus contactos de emergencia e independiente de una Autorización para la divulgación de información médica.

Persona(s) autorizada(s) para recibir información verbalmente:

Nombre *(primer nombre, segundo nombre y apellido)*	Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*
Parentesco con el paciente: □ Padre/madre □ Cónyuge □ Hijo/a □ Hermano/a □ Otro:	
Nombre *(primer nombre, segundo nombre y apellido)*	Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*
Parentesco con el paciente: □ Padre/madre □ Cónyuge □ Hijo/a □ Hermano/a □ Otro:	
Nombre *(primer nombre, segundo nombre y apellido)*	Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*
Parentesco con el paciente: □ Padre/madre □ Cónyuge □ Hijo/a □ Hermano/a □ Otro:	
Nombre *(primer nombre, segundo nombre y apellido)*	Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*
Parentesco con el paciente: □ Padre/madre □ Cónyuge □ Hijo/a □ Hermano/a □ Otro:	
Nombre *(primer nombre, segundo nombre y apellido)*	Fecha de nacimiento *(mm-dd-aaaa)*
Parentesco con el paciente: □ Padre/madre □ Cónyuge □ Hijo/a □ Hermano/a □ Otro:	

Entiendo que esta autorización se aplica a todos los servicios y centros de CentraCare. La información que se divulgará puede consistir en mi información médica pasada, presente o futura, incluidos los registros de tratamiento y facturación. **Estos registros pueden contener información relacionada con la atención médica y de salud mental o conductual, el tratamiento por abuso de sustancias, el VIH/SIDA y la genética.** Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan adoptado medidas en virtud de la misma. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse a Health Information Management.
La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes estatales y federales. Si deseo cambiar o actualizar a las personas que pueden recibir información verbal, debo enviar un formulario de Nueva autorización para divulgar verbalmente información médica protegida. CentraCare respetará la versión más reciente de este formulario que se conserve en el expediente médico electrónico.

Esta autorización no caducará a menos que usted o su representante legal la revoquen, o tras la notificación de su fallecimiento.

Atención: si esta sección está incompleta, este formulario puede no ser válido. Al firmar, usted acepta que entiende y acepta los términos de este formulario.

Firma del paciente/representante legal (requerida) ▶	Fecha (requerida) *(mm-dd-aaaa)*
Nombre de la persona que firma en letra de imprenta (si no es el paciente) *(Nombre, segundo nombre, apellido)*	
Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)	
Dirección del paciente	

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Envíe el formulario a:

Health Information Management 1900
CentraCare Circle
St. Cloud, MN 56303
Fax: 320-650-8828
Correo electrónico: himrecords@centracare.com

©2024 CentraCare