

Autorización para permitir la comunicación verbal o dejar mensajes detallados

1. Información sobre el paciente

Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de historia clínica/de miembro	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Número de teléfono	

2. Información que se divulgará

Por la presente, autorizo a GHC-SCW a entablar comunicación verbal o dejar un mensaje detallado con las personas u organizaciones identificadas a continuación para los siguientes propósitos:

- Todos los aspectos del tratamiento y pago de mi atención, incluidos el seguro, los beneficios y los reclamos.
- Toda la atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas y la documentación de la visita.
- Toda la información de facturación y seguro.
- Programar, cancelar, reprogramar u obtener información sobre mis citas.
- Otro (describa): _____

3. Restricciones: _____

4. Comunicación verbal entre:

Nombre/Parentesco: _____ y: Nombre/Parentesco: _____

(Indique el nombre del centro de salud o del proveedor de atención médica/miembro del personal específico. Indicar "GHC-SCW" cubrirá todas las ubicaciones de GHC-SCW).

(Indique el nombre y apellido de las personas con las que se puede compartir su información médica protegida).

Personas u organizaciones adicionales autorizadas:

Nombre/Parentesco: _____ y: Nombre/Parentesco: _____

5. Dejar un mensaje detallado:

Yo mismo:

Teléfono 1: _____ O teléfono 2: _____

Personas u organizaciones autorizadas:

Persona 1: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Persona 2: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Condiciones de la autorización:

- Comprendo que esta autorización no incluye la obtención de copias de los registros médicos en papel o electrónicos.
- Comprendo que, si firmo esta autorización, puedo solicitar una copia firmada del formulario.
- Comprendo que se me puede negar la interacción con otra persona si se considera que es lo mejor para mí.
- Comprendo que, posiblemente, no dejen mensajes detallados ni a mí ni a otra persona si se considera que esto es lo más adecuado para mí.
- Comprendo que esta autorización hace referencia a todos los aspectos de mi atención médica en GHC-SCW, incluida la salud mental y el abuso del alcohol y otras drogas (Alcohol and Other Drug Abuse, AODA), a menos que haya indicado alguna restricción en este formulario.
- Comprendo que soy completamente responsable de comunicar cambios realizados a los datos o a personas concretas.
- Comprendo que esta autorización se puede revocar por escrito en cualquier momento si me comunico con el Departamento de Manejo de la Información de la Salud (Health Information Management, HIM) de GHC-SCW al (608) 441-3500, opción 1.
- Las autorizaciones se realizan en conformidad con las leyes estatales y federales que regulan esta medida.
- Comprendo que esta autorización se realiza en conformidad con las leyes estatales y federales.
- Esta autorización entra en vigor en la fecha de la firma y **caduca después de un (1) año**, a menos que aquí se indique lo contrario: ____/____/____
DD MM AAAA

Firma del paciente o del representante legal: _____

Fecha: ____/____/____
DD MM AAAA

Parentesco: _____

Autorización legal: Tutor legal

Cónyuge del fallecido

El paciente es: Menor Incompetente/Incapacitado Fallecido

Tutor para la atención médica Representante personal

Otro: _____