



Divulgación Oral de Información Médica

Nombre del paciente: _____ F. de nac.: _____

Debido a las leyes de confidencialidad de los pacientes, Nehalem Bay Centro de Salud no divulga oralmente ninguna información relacionada con sus pacientes a ningún tercer partido que no sea el paciente o algún médico al que Nehalem Bay Centro de Salud lo haya remitido.

En ocasiones, los pacientes pueden querer que se comente la información sobre sus enfermedades, informes de laboratorio, medicamentos, horarios de citas, etc. con otras personas, como p. ej. familiares o cuidadores. Si este fuera su caso, indique a continuación con qué personas le gustaría que compartiéramos la información relacionada con su atención en Nehalem Bay Centro de Salud.

Coloque sus iniciales junto a lo que le gustaría que compartiéramos con la persona o personas mencionadas a continuación:

_____ **Autorizo** a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi atención médica.

_____ **Autorizo** a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi expediente financiero.

_____ **Autorizo** a Nehalem Bay Centro de Salud a permitir que se programen citas de mi parte.

_____ **Me niego** a permitir que el Nehalem Bay Centro de Salud divulgue información sobre mí en forma oral.

Nota: Cualquier actualización de esta información, es decir, la eliminación de autorizaciones, deberá realizarse completando una nueva Divulgación de Información. **Este formulario solo es válido por un año, después de un año, este formulario deberá completarse nuevamente, independientemente de cualquier cambio.**

Nombre:

Relación:

Firma: _____ Fecha: _____