



AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL (ÚNICAMENTE)

Este formulario permite compartir información verbal con otra persona. No se enviarán registros en papel.

Solo para uso individual; no añade varios nombres.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Motivo de la divulgación: elija los motivos para la divulgación de su información:

- Coordinación de la atención Fines jurídicos
- Participación y apoyo de la familia

Autorizo a CHC a divulgar mi historia clínica, incluidos los registros médicos, de salud mental, psiquiátricos y dentales, con el propósito de comunicación verbal.

Información DIVULGADA A: _____ **Teléfono:** _____

Relación conmigo: _____

Fecha de vencimiento del presente consentimiento: _____

Entiendo que, si no indico arriba la fecha de vencimiento, este consentimiento vencerá tres años después de la última fecha en que se me prestaron servicios en CHC. **Entiendo que la información divulgada puede incluir registros médicos, psiquiátricos, de salud mental o de drogas y alcohol.** Entiendo que mi historia clínica está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, partes 160 y 164 del Título 45, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en la normativa estatal y federal. Una fotocopia o fax de este consentimiento tiene la misma validez que el original. Entiendo que se me pueden denegar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me denegarán los servicios si me niego a consentir una divulgación para otros fines. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Mi decisión de revocar este consentimiento no afectará los registros que se hayan divulgado anteriormente en virtud de este. Usted autoriza a Community Health Centers of Burlington a divulgar sus registros en los siguientes formatos: verbal.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre de la madre, del tutor o representante legal: _____ Fecha: _____

Describa la autoridad para firmar en nombre del paciente: _____ Número de contacto: _____

Por la presente, revoco este consentimiento el: _____ *(fecha)* *Firma:* _____