

PERMISO PARA HABLAR / AUTORIZACIÓN PARA TRATAR
SOBRE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

____ **No en este momento:** Yo declino nombrar miembros de mi familia y/u otros individuos con quienes SJH pueda abordar temas sobre mi salud. No obstante, entiendo que puedo dar autorización verbal a mis proveedores en SJH para tratar asuntos referentes a mi salud, y que ellos lo harán usando su mejor juicio profesional. Además, entiendo que siempre podré completar este formulario en una fecha posterior.

____ **Autorización para abordar temas referentes a mi salud:** Yo autorizo a *St. Joseph Hospital* y a *St. Joseph Hospital Physician Practices Associates*, a sus proveedores y personal (de aquí en adelante referidos como SJH), a hablar sobre información relacionada a mi salud con los miembros de mi familia y/u otros individuos nombrados más abajo. Entiendo que este permiso incluye toda la información referente a mi salud, excepto como restringido más abajo. Esta autorización incluye específicamente, pero no está limitada a, permiso a las personas mencionadas a ser informadas sobre mi diagnóstico, mi prognosis y planes de tratamiento, a hacer preguntas sobre la información de mi salud, a concertar y confirmar citas con SJH en mi nombre, recoger medicamentos y órdenes de SJH, y tener acceso a mi información financiera en SJH.

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Teléfono: _____

Por favor, nótese que el siguiente tipo de información / tratamiento sobre/de mi salud, deberá ser EXCLUIDO de conversaciones, SALVO que yo de permiso expreso con mis iniciales a continuación, para así hacerlo:

____ Salud conductual ____ VIH/SIDA ____ Abuso de alcohol o drogas

____ Enfermedad venérea

Entiendo que esta autorización es válida a través de todo el *St. Joseph Hospital* y *St. Joseph Physician Practices* listados en el: <http://www.stjosephhospital.com>.

Entiendo que mi autorización para el uso o revelación de mi información no será tomada como condición por SJH para tratarme, Y QUE YO PUEDO REHUSAR FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN.

Entiendo que puedo revocar, actualizar, o cambiar esta Autorización por escrito, en cualquier momento. Cualquier terminación o cambio a esta Autorización tomará vigencia en la fecha en que sea recibida por mis proveedores en SJH. También entiendo que cualquier terminación o revocación no podrá ser aplicada retroactivamente a información que ya hubiese sido revelada con anterioridad.



PERMISO PARA HABLAR / AUTORIZACIÓN PARA TRATAR
SOBRE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD



Entiendo que una vez que mi información es compartida con la persona o personas nombradas más arriba, la misma puede quedar sujeta a ser nuevamente revelada por tal persona o personas, y que de ser así, puede que la confidencialidad de la información ya no siga estando protegida por las leyes federales o estatales. Entiendo que SJH no tiene forma de prevenir que dichos individuos redistribuyan mi información a terceros, y por lo tanto, yo eximo a SJH por cualquier violación de la confidencialidad que pudiese ocurrir bajo tales circunstancias.

Entiendo que no se darán copias de información sobre mi salud a nadie, ni de mis expedientes médicos, salvo que yo ejecute por separado un formulario de "Autorización para revelar o solicitar información protegida sobre la salud."

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta Autorización es válida por un año.

Firma del paciente o de su representante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Relación/Parentesco del representante con el paciente: _____

De corresponder...

COPIA PROVISTA: De ser solicitado, SJH proporcionará una copia de esta Autorización firmada, al individuo.



Place Label Here