

Autorización del Paciente para Discutir Verbalmente Información de Salud

Este formulario permite a Bariatric Institute, APC, discutir verbalmente su información de salud protegida con las personas designadas.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Complete este formulario de Autorización del Paciente para Discutir Verbalmente Información de Salud (“Autorización”) para otorgar su consentimiento a Bariatric Institute, APC, a fin de que pueda discutir verbalmente su información de salud protegida con los familiares, amigos y terceros que usted designe, quienes estén involucrados en su atención médica y puedan hacer preguntas sobre su condición o necesiten información cuando usted no esté presente. Esta Autorización no autoriza a Orthopedic Institute, Inc. a otorgar acceso ni divulgar sus registros médicos.

Envíe este formulario completado per fax a: **949-276-9631**

Puede completar más de un formulario de Autorización del Paciente para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida.

Autorizo a Bariatric Institute, APC, a discutir verbalmente la siguiente información de salud protegida sobre mí con la siguiente persona, incluyendo la traducción de/de otro idioma:

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Marque todas las Casillas que correspondan:

Información de Citas y Programación Resultados de Laboratorio/Pruebas

Información de Facturación y Pago Resultados de Imágenes Médicas

Todos los registros e información médica, incluyendo pero no limitándose a síntomas, diagnóstico, medicación y plan de tratamiento

_____ Mi ubicación dentro de la instalación, ya sea que esté esperando para entrar a cirugía o al área de procedimientos, en recuperación o que haya sido dado de alta.

_____ Proporcionar toda la información de salud protegida solicitada a la persona que designé en esta Autorización.

Entiendo que tengo el derecho de revocar o modificar este formulario de Autorización en cualquier momento, por cualquier motivo o sin motivo alguno. También entiendo y acepto que si revoco o modifico esta Autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud escrita a Bariatric Institute, APC. Además, reconozco que es mi responsabilidad confirmar la recepción, por parte de Bariatric Institute, APC, de dicha revocación o modificación; dicha confirmación debe realizarse mediante correo certificado. Entiendo y acepto que la revocación o modificación no se aplicará a la información divulgada previamente en respuesta a esta Autorización. Entiendo y acepto que una vez que la información de salud protegida sea divulgada, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dicha información puede no estar protegida bajo las leyes o regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que Bariatric Institute, APC no condicionará el tratamiento ni el pago con base en esta Autorización o su revocación, salvo que la ley lo permita. Una copia de este formulario de Autorización podrá ser utilizada con la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/Tutor/Apoderado/Representante de Atención Médica

Nombre del paciente: _____ Relación con el paciente: _____