

CONVENIO DE CONSENTIMIENTO DE COMUNICACION

TENGO ENTENDIDO QUE BAJO LA LEY FEDERAL (HIPAA), ESTA OFICINA MEDICA **NO** DEBE LIBERAR CUALQUIER INFORMACION MEDICA A CUALQUIER INDIVIDUO SIN MI PERMISO EXPRESO POR ESCRITO. APLICACIÓN DE LA LEY Y MANDATO JUDICIAL SON DOS EXCEPCIONES A ESTE REQUISITO. YO, POR LO TANTO, **DOY** PERMISO A ESTA OFICINA PARA LIBERAR INFORMACION MÉDICA EN MI NOMBRE, A LA SIGUIENTE PERSONA (S):

NOMBRE: ____ RELACIÓN: ____

DIRECCION: _____

TELÉFONO: ____ EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: ____

DE LICENCIA DE CONDUCIR: ____ # SEGURO SOCIAL: ____

OTRAS FORMAS DE IDENTIFICACIÓN: ____

NOMBRE: ____ RELACIÓN: ____

DIRECCION: _____

TELÉFONO: ____ EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: ____

DE LICENCIA DE CONDUCIR: ____ # SEGURO SOCIAL: ____

OTRAS FORMAS DE IDENTIFICACIÓN: ____

Métodos de comunicación autorizado (✓ cheque todas las que apliquen)			
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo	Correspondencia escrita	Otro (especificar)
Número:)	Número:)	Servicio de correo/entrega	
No deje un mensaje, nomás deje un número para regresar la llamada	No deje un mensaje, nomás deje un número para regresar la llamada	Fax: ()	
Doy permiso para dejar un mensaje detallado con la persona	Doy permiso para dejar un mensaje detallado con la persona	Correo electrónico @ residencia:	
Doy permiso para dejar un mensaje detallado en el contestador	Doy permiso para dejar un mensaje detallado en el contestador	Correo electrónico @ trabajo:	

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

COMMUNICATION CONSENT AGREEMENT

I UNDERSTAND THAT UNDER FEDERAL LAW (HIPAA), THIS MEDICAL OFFICE MAY **NOT** RELEASE ANY MEDICAL INFORMATION TO ANY INDIVIDUAL WITHOUT MY EXPRESS WRITTEN PERMISSION. LAW ENFORCEMENT AND COURT ORDER ARE TWO EXCEPTIONS TO THIS REQUIREMENT. I, THEREFORE, **GIVE** PERMISSION TO THIS OFFICE TO RELEASE MEDICAL INFORMATION ON MY BEHALF, TO THE FOLLOWING PERSON(S):

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____

ADDRESS: _____

PHONE #: _____ AGE: _____ BIRTHDATE: _____

DRIVERS LICENSE #: _____ SOCIAL SECURITY #: _____

OTHER FORMS OF IDENTIFICATION: _____

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____

ADDRESS: _____

PHONE #: _____ AGE: _____ BIRTHDATE: _____

DRIVERS LICENSE #: _____ SOCIAL SECURITY #: _____

OTHER FORMS OF IDENTIFICATION: _____

Authorized Methods of Communication (✓ Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Residence Telephone	<input type="checkbox"/> Work Telephone	<input type="checkbox"/> Written Correspondence	<input type="checkbox"/> Other (Specify)
Number: ()	Number: ()	<input type="checkbox"/> Mail/Delivery Service	
<input type="checkbox"/> Leave call back number only; do not leave message	<input type="checkbox"/> Leave call back number only; do not leave message	<input type="checkbox"/> Fax: ()	
<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message with person	<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message with operator	<input type="checkbox"/> E-Mail @ Residence:	
<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message on answering machine	<input type="checkbox"/> Okay to leave detailed message on personal voice mail	<input type="checkbox"/> E-Mail @ Work:	