

## Autorización para compartir información de salud con familiares o amigos

(Este formulario NO autoriza la divulgación de copias del historial médico)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_

Muchos de nuestros pacientes permiten que sus familiares, como sus padres, abuelos, tutores u otras personas, los llamen para hablar sobre su información médica y de facturación, solicitar recetas, obtener registros médicos y resultados de pruebas, etc. Según los requisitos de la HIPAA, no se nos permite divulgar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue alguna de sus informaciones médicas a familiares o amigos, debe firmar este formulario.

- Me niego a que mi información médica se discuta con familiares y amigos.
- Yo doy permiso a Sameer Chopra MD, PLLC para discutir mi información de salud mencionada anteriormente con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Autorización con respecto a mensajes

(marque todo lo que corresponda)

\_\_\_ Autorizo a dejar un mensaje detallado en mi casa o celular con respecto a citas

\_\_\_ Autorizo a dejar un mensaje detallado en mi número de casa o celular con respecto a tratamiento médico, atención, resultados de pruebas o información financiera.

\_\_\_ Autorizo a dejar un mensaje con quien conteste el teléfono.

\_\_\_ Mensajes se pueden dejar con \_\_\_\_\_

Entiendo que debo firmar un formulario de autorización por separado para entregar copias de mi expediente médico a otra persona.

Entiendo que tengo derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando Sameer Chopra MD, PLLC ya haya hecho divulgaciones basándose en esta solicitud. Entiendo que este permiso permanece vigente hasta el momento en que lo revoco por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Persona Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha