



Pt. Name _____
MRN: _____

## Consentimiento del Paciente para Revelación a un Representante Designado de Información Médica Protegida (PHI) y de Información de Facturación

Nombre del Paciente (*Favor use letra de imprenta*) \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Por el presente doy mi consentimiento al proveedor \_\_\_\_\_ (*nombre del proveedor*) para revelar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según se indica a continuación, al/a los siguiente(s) representante(s), solicitante(s) externo(s) y/u otro(s) proveedor(es).

Favor marque la información que se solicita revelar:

SOLO Información Médica  SOLO Información de Facturación

Información tanto médica como de facturación  Otra (Especifique): \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	Sí	No (rodee uno con un círculo)
Nombre del Representante Designado	Relación con el Paciente	Número de Teléfono	Contacto de Emergencia	
_____	_____	_____	Sí	No (rodee uno con un círculo)
Nombre del Representante Designado	Relación con el Paciente	Número de Teléfono	Contacto de Emergencia	
_____	_____	_____	Sí	No (rodee uno con un círculo)
Nombre del Representante Designado	Relación con el Paciente	Número de Teléfono	Contacto de Emergencia	
_____	_____	_____	Sí	No (rodee uno con un círculo)
Nombre del Representante Designado	Relación con el Paciente	Número de Teléfono	Contacto de Emergencia	

**Entiendo lo siguiente:**

- **Este consentimiento caducará a los 24 meses de la fecha de su firma, a menos que yo lo cancele antes de ese momento. Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito a: Health Information Services, PO Box 62106, Santa Barbara, CA 93160.**
- **Si cancelo el consentimiento, esto NO se aplicará a información revelada previamente con este consentimiento. Una vez se ha compartido la información, este proveedor no puede impedir a la persona o la organización que tiene acceso a ella compartirla con otros, y esta información puede que no esté protegida por reglamentos federales sobre privacidad.**
- **Entiendo que no tengo obligación de firmar este consentimiento y que este proveedor y sus afiliados no pueden basar sus decisiones sobre tratamiento o pago en mi decisión de firmar este formulario de consentimiento.**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Firma \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal (Favor letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_