



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, con el fin de que su médico/proveedor or el personal de My House **Clinic (MHC)** libere copias de y/o discuta su condición, exámenes, procedimientos y/o resultados de laboratorio con miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En caso de un episodio crítico o si no puede dar autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas pueden ser renunciadas.

**DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

\_\_\_\_\_ **NO autorizo a MHC a divulgar ninguna información sobre mi cuidado a ninguna persona.**

\_\_\_\_\_ **Autorizo a MHC a divulgar cualquier información, incluida la información verbal, copias de los resultados del laboratorio**

**y documentación médica sobre mi atención médica a las siguientes personas:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone#:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Teléfono#:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DEJAR EL MENSAJE DEL TELÉFONO:**

\_\_\_\_\_ **I autorizar a MHC a dejar mensajes detallados en el número de teléfono que aparece en mi tabla médica.**

\_\_\_\_\_ **I NO autorice a MHC a dejar mensajes detallados en mi correo de voz o servicio de respuesta.**

**\*Reconozco al elegir thes la opción que yo, el cliente / tutor, asumir toda la responsabilidad de contacto con MHC con respecto a todos y cada uno de los resultados del laboratorio.**

**Firma del paciente/guardián:** \_\_\_\_\_