



En Los Centros de Salud Comunitarios Santa Cruz (SCCH), queremos que se sienta seguro y como en casa. Su información de salud es privada.

Consentimiento para divulgar Información Médica del paciente a Otro Individuo

En SCCH, no podemos compartir su expediente médico con nadie a menos que usted de autorización. Cuando usted firme este formulario, significa que las personas indicadas en el formulario puedan ver o escuchar esa información. Incluso puede decirnos quién **NO** quiere que tenga acceso al expediente médico.

| |
|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre: _____ [Escriba aquí el nombre del paciente.] |
| Dirección: _____ [Escriba aquí o la dirección del paciente.] |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono de casa: (____) _____ |
| Teléfono de trabajo: (____) _____ Número de móvil (____) _____ |

Persona #1: Doy mi autorización a SCCH a dar acceso a mi expediente medico a:

Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____

Esta persona es mi:

- Cónyuge o pareja
- Padre/madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Otro: _____

Esta persona puede:

- Ver mi expediente medico completo.
- Hablar con mis proveedores de atención médica.
- Recoger mis formularios médicos, órdenes y recetas médicas.
- Agendar citas para mí.
- Confirmar o cancelar mis citas por mí.
- Vea estos registros de atención médica solamente: _____

Persona #2: Doy mi autorización a SCCH a dar acceso a mi expediente medico a:

Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____

Esta persona es mi:

- Cónyuge o pareja
- Padre/madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Otro: _____

Esta persona puede:

- Ver mi expediente médico completo.
- Hablar con mis proveedores de atención médica.
- Recoger mis formularios médicos, órdenes y recetas médicas.
- Agendar citas para mí.
- Confirmar o cancelar mis citas por mí.
- Vea estos registros de atención médica solamente: _____

NO está bien dar mi información de salud a:

Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____

Esta persona es mi:

- Cónyuge o pareja
- Padre/madre
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Otro

Al firmar este formulario, significa que entiendo que:

1. Este formulario puede durar para siempre a menos que nos diga que debe terminar en esta fecha: _____.
2. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Solo tiene que darnos una declaración escrita que diga lo que ha cambiado.
3. No podemos recuperar los registros que ya se han compartido.
4. Si puede firmar legalmente por el paciente, debe proporcionarnos documentos que demuestren que usted pueda firmar.

Firme aquí si usted es el paciente. Fecha: _____

Firme aquí si usted es el padre o representante. Fecha: _____

Imprime aquí cómo estás relacionado.