



Patient Chart Identification

PERMISO PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHES Y FIRME

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA) requiere NWHS obtener su autorización para permitir las comunicaciones verbales con respecto a su información de salud protegida. Esta autorización permite a NWHS:

- Dejar mensajes grabados en su casa, el trabajo o en su teléfono celular relacionado a su atención médica y tratamiento, pago, o estado de su cita
• Hablar de su cuidado de la salud con un cónyuge, hijo(a), amigo(a) u otra persona que usted designe.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE/CLIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE/CLIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

II. PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN POR TELÉFONO

¿Tenemos su permiso para:

- Dejar un mensaje en su teléfono celular?
Dejar un mensaje en su contestador automático en la casa?
Dejar un mensaje en su lugar de empleo?
Hablar de su cuidado de salud con otros miembros de su familia o amigos?

** En caso afirmativo, indique en la sección de abajo el/los nombre (s) de la persona (s) y la relación con usted.

III. COMUNICACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD CON OTROS

Permiso a NWHS, sus proveedores, enfermeras y otro personal que hablen la información de salud en persona o por teléfono con los siguientes miembros de la familia, amigos u otras personas involucradas en mi cuidado de la salud:

(Liste miembros de familia/ amigos y la relación de la persona hacia el paciente/cliente. Si ninguna persona se le permite recibir su información de salud protegida, por favor escriba la palabra NINGUNO, en la sección de abajo).

Table with 3 columns: Nombre, Relación, Número de Teléfono

¿Tiene usted alguna información de salud que le gustaría que se le mantenga confidencial de cualquier persona (s)? Si es así, por favor describa específicamente la información y la/las persona(s) abajo:

Blank line for describing health information

(Si no hay limitaciones enumerados arriba, se permitirán hablar sobre todos los aspectos de mi cuidado de salud con las personas mencionadas en la sección anterior).

IV. FIRMA Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE/CLIENTE

Esta autorización puede ser cancelada por escrito en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, envíe su petición por escrito a: Oficial de Privacidad, Northwest Human Services, 1233 Edgewater ST NW, Salem, Oregón 97304, y mencione que usted está cancelando esta autorización.

(fecha, evento, o condición)

Esta firma no autoriza la publicación o divulgación de mi información de salud protegida por escrito. He leído y he entendido esta autorización.

(Fecha) (Firma del Paciente o Representante Personal) (Descripción del Representante Personal)