



# Oregon Medical Group

## Formulario de autorización de información de contacto alternativo y divulgación de información a familiares/amigos



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

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (hogar/celular): \_\_\_\_\_

### Parte I Autorización de información de contacto alternativo

Oregon Medical Group tiene mi autorización para:

- |   |   |                                                                                                  |
|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S | N | Dejar la información médica en la contestadora de mi casa/celular.                               |
| S | N | Comunicarse conmigo en mi lugar de trabajo.                                                      |
| S | N | Dejar información médica en mi correo de voz en mi lugar de trabajo.                             |
| S | N | Enviar mis registros de vacunas por fax a las escuelas y empleadores con mi autorización verbal. |

### Parte II Autorización de divulgación de información a familiares/amigos

Yo autorizo a Oregon Medical Group a discutir **cualquier** información sobre mi atención con las personas que se mencionan a continuación: (Indique solo los nombres de las personas con quienes está autorizando a discutir **cualquier** información).

Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____

Si necesita incluir a más familiares/amigos, hay espacio adicional al dorso del formulario.

### Parte III Solo contactos de emergencia

Yo autorizo a Oregon Medical Group a comunicarse con la persona mencionada a continuación solo en caso de emergencia. La persona mencionada a continuación (a menos que esté indicada en la Parte II) no puede recibir información adicional sobre mi atención:

Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Número de teléfono: _____

**Este formulario es válido hasta que lo revoque el paciente por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del paciente/Relación con el paciente

Tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Si revoca su Autorización, dejaremos de usar o divulgar información sobre usted para los motivos cubiertos por su Autorización escrita, pero no podremos retirar los usos o divulgaciones que ya se hayan hecho con su permiso. Quien reciba la información usada o divulgada conforme a esta Autorización podría volver a divulgarla y dicha información dejará de estar protegida por la ley federal. Su atención médica y el pago por la atención médica no pueden estar condicionados a la recepción de esta Autorización firmada.

\*En caso de que esta Autorización sea firmada por un representante legal que no sea uno de los padres de un menor, se debe adjuntar la documentación de la autorización legal. (Es decir, Poder de atención médica o Representante de atención médica designado por un tribunal.)