

**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**

Por favor identifique a la persona o personas a las que autoriza se le libere su Informacion Protegida de Salud (ya sea informacion oral o grabada) del Centro de Bienestar de Stigler, Inc. (SHWC) Esto puede incluir a su pareja, padres, hermanos, hijos, amigos o guardianes. Por favor enliste abajo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **RELACION** | **# TELEFONO DE CASA** | **# CELULAR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El Centro de Bienestar de Stigler, Inc. require de su permiso para dejar mensajes en cuanto a su Informacion Protegida de Salud (resultados de examenes, instrucciones, citas, recordatorios, etc.)

Favor de checar las cajas apropiadas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Si,** SHWC **puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

 Comentario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **No,** SHWC **no puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient # Patient Name

**Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta ser revocada.**