



Autorización para permitir la Comunicación Verbal de la Información Protegida de la Salud

For OMC Staff Use Only:

Patient MR#: _____

Escribir el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Domicilio

Número de Teléfono

Ciudad, Estado, Código Postal

Doy permiso al Olmsted Medical Center, sus médicos, enfermeros/as, y otros miembros del personal (“OMC Healthcare Providers”) [“Los Clínicos de la Salud del OMC”] para tener conversaciones sobre la información de salud en persona o por teléfono, con la persona siguiente, implicada en mi cuidado médico:

Nombre y Parentesco

Número de Teléfono

Esta Autorización está limitada para CONVERSACIONES concernientes a la/s condición/es medicas siguientes:

(Si no hay limitaciones listadas, las conversaciones serán permitidas con respecto a alguna condición médica y/o la facturación por el cual el paciente haya recibido cuidado médico en el Olmsted Medical Center.

Entiendo que esta autorización tiene validez de un año desde la fecha en que fue firmada o por un periodo de tiempo especificado aquí:

Desde: _____ Hasta: _____ (se requieren fechas reales).

La divulgación de información bajo este documento está limitada a conversaciones verbales con los clínicos del OMC al cuidado de mi salud. Este documento no permite la divulgación de ninguna información de salud por escrito a los individuos nombrados en esta autorización.

Si en algún momento, no quisiera que se permitan las conversaciones verbales entre los clínicos al cuidado de mi salud del OMC, y la persona nombrada en esta autorización, debo notificarlo por escrito a los clínicos al cuidado de mi salud del OMC.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si esta autorización está siendo llenada por un representante en nombre del paciente, por favor completar lo siguiente:

Nombre del Representante: _____

Parentesco con el Paciente/Autoridad (por favor presentar documentación legal): _____

Firma: _____ Fecha de Firma: _____

**INSTRUCCIONES: Favor de completar, imprimir, firmar y devolver el formulario a:
Olmsted Medical Center**

Attn: Release of Information
1650 Fourth Street SE, Rochester, MN 55904
Fax: 507.287.2777

Translated Versions – Consent – Authorization for Allowing Verbal Communication of PHI
English – 1031908 Spanish – 2022819 Somali – 2030119