

## Solicitud de Comunicación Verbal Confidencial

La ley federal le permite a usted solicitar que determinemos límites en nuestra divulgación o uso de su información protegida sobre la salud. **(Si usted desea que el grupo médico divulgue información protegida de la salud a un miembro de la familia, pariente, etc. ESPECÍFICO).** Por favor, complete este formulario. **No tenemos la obligación de aceptar su solicitud, en algunos casos, puede ser imposible o poco factible que lo implementemos. Sin embargo, intentaremos atender todas las solicitudes razonables de los pacientes.** También la ley nos obliga a llevar registros de sus solicitudes y, si lo aceptamos, estamos obligados por dicho contrato y tenemos el deber de cumplirlo.

Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
<i>Letra de Molde</i>	
Dirección: _____	
Número Particular: _____	Otro Número: _____

**PERMISO PARA PERSONAS ESPECÍFICAS:** - Si se tilda la caja de la izquierda, solicito que usted divulgue **Toda** mi información protegida sobre la salud a las personas de la lista siguiente:

- | Nombre:  | Relación: |
|----------|-----------|
| 1. _____ | _____     |
| 2. _____ | _____     |
| 3. _____ | _____     |

*\*Solamente tres (3) partidos pueden se elegidos\**

- \* Facey exige una autorización firmada del paciente para obtener copias de expediente médicos\*
- \* Nota si usted es un menor de edad esta autorización será por favor valida hasta la edad de 18\*
- \* Nuestro aviso de Prácticas de la Privacidad brinda más información detallada sobre cómo podemos usar y divulgar la información protegida sobre la salud de usted. Una copia está disponible en cualquiera de nuestras oficinas del Grupo Medico de Facey..

**Registro Médico Primario** Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante del paciente o legal) (Prueba de la documentación legal se requiere)

**Registro de Salud Mental** Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante del paciente o legal) (Prueba de la documentación legal se requiere)

**Solo Uso de Oficina**

**Facey Medical Foundation:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Patient Name	Medical Record#
Patient Date of Birth	Patient Telephone #
Dr. Name	Dr. #
	Loc:
Appointment Date	
Insurance Coverage	
Insurance Benefits - Co – Pay	