

**Consentimiento para la divulgación verbal de información de EEH**

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

- ¿Qué teléfono es mejor usar durante el día (8 a.m.-4 p.m.)?  Casa  Celular  Trabajo
- ¿Qué teléfono es mejor usar durante la tarde (4 p.m.-7 p.m.)?  Casa  Celular  Trabajo
- Si es posible que dejemos un mensaje detallado con información del paciente (por ejemplo, resultados de análisis, recordatorios de citas u otros servicios de salud relacionados), por favor, marque la casilla de su correo de voz preferido\*.
   
 Casa  Celular  Trabajo  Texto  No dejar mensaje

**\*Las contestadoras y el correo de voz deben tener un mensaje de identificación para confirmar que son sus números por ejemplo: "Está llamando a Juan Pérez" o "Está llamando al 630-555-1212"**

- Por favor, enumere las personas con quienes PODEMOS compartir detalles sobre la atención de su salud. Indique a continuación si esto puede incluir **Información confidencial sobre la salud** como salud mental, discapacidades de desarrollo, SIDA/VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, tratamientos y/o diagnósticos, diagnósticos de alcoholismo/drogadicción, tratamientos y/o referencias y análisis genéticos.

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono	Divulgar información de rutina	Divulgar información sensible
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Haga una lista con el/los **CONTACTO(S) DE EMERGENCIA**

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono

Comprendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento entregando al médico un aviso por escrito con mi deseo de hacerlo así. La revocación por escrito del consentimiento debe ser enviada al consultorio del médico. También comprendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico lo haya empleado para usar o divulgar la información de mi salud. Podemos divulgar su información de salud protegida de otras formas si así lo determina la ley y si nosotros determinamos que dicha divulgación es necesaria de acuerdo a la circunstancia.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma si es el padre o tutor**  
**Si está llenando este formulario para su hijo, recuerde colocarse también en la lista de las personas a quienes se puede divulgar información.**