



Cone Health Medical Group

MRN \_\_\_\_\_

### CONE HEALTH MEDICAL GROUP

#### DESIGNATED PARTY RELEASE *Divulgación de la persona asignada*

Solicitamos que complete este formulario para darnos autorización de dejar información verbal (resultados de laboratorio, radiografías, reabastecimiento de recetas, etc.) en su contestador automático en casa, correo de voz en el trabajo, celular o con otra persona que usted decida designar.

Este formulario no permite que copias de su historial clínico sean divulgadas. Para divulgar copias de su historial clínico usted debe completar una Solicitud y autorización para uso/divulgación de información de salud protegida.

*(Aviso: Bajo la "Health Care Providers Guide-Communicating with a Patient's Family, Friends, or Others Involved in the Patient's Care," el U.S. Dept. of Health and Human Services, Office for Civil Rights, proporciona la siguiente información: Aún cuando HIPAA exige que los proveedores de atención médica protejan la privacidad del paciente, a los proveedores se les permite, en la mayoría de las circunstancias, comunicarse con los familiares del paciente, amigos u otros involucrados en su cuidado o del pago por cuidado, sin obtener autorización por escrito de parte del paciente. Usted puede encontrar más información acerca de HIPAA en la página web: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>.)*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(LETRA DE IMPRENTA)

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

A petición mía, autorizo:  A todas las oficinas de Cone Health Medical Group o  Específicamente a esta oficina (especifique): \_\_\_\_\_, para que divulgue verbalmente mi información de salud protegida, según sea necesario, a (escriba el nombre de la persona(s)/entidad que pueda ser autorizada para recibir su información de salud protegida):

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ Nº de teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

A petición mía, autorizo:  A todas las oficinas de Cone Health Medical Group o  A sólo esta oficina específica (especifique): \_\_\_\_\_ para que me comunique mi información de salud protegida por medio de los siguientes métodos:

Deje un mensaje detallado en mi contestador automático de casa (Nº de teléfono: \_\_\_\_\_)

Deje un mensaje detallado en mi correo de voz de mi trabajo (Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_)

Deje un mensaje detallado en mi correo de voz de mi celular (Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_)

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

\*\*\*\*\* AVISO IMPORTANTE A CONTINUACIÓN \*\*\*\*\*

**PROCEDIMIENTO PARA CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN:**  
Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, si anulo esta autorización, entiendo también que la cancelación no afectará ninguna acción que se tome en dependencia de esta autorización antes del recibo del aviso de la cancelación por escrito.