

## PERMISO PARA COMUNICAR PHI

Kelsey-Seybold, en su propio nombre y en el de las compañías afiliadas, no puede compartir información de salud protegida (PHI) sin su consentimiento. Al firmar este formulario, usted está dando su consentimiento por escrito para que Kelsey-Seybold comparta, comunique o analice su PHI con alguien designado por usted; no el derecho a tomar ninguna decisión por usted. Yo entiendo que esto puede incluir detalles delicados como: Pruebas o tratamiento de enfermedades transmisibles, incluidos VIH/SIDA, consumo de drogas y alcohol, y problemas de salud mental y del comportamiento. Este formulario nos permite comunicar su PHI a las personas designadas que se mencionan en la Sección 2 a continuación.

### 1. Información del Paciente (proporcione información actualizada)

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Dirección postal:		Núm. de departamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:

### 2. Información de la persona designada/representante

Yo, el abajo firmante, autorizo a Kelsey-Seybold a compartir, comunicar o discutir mi PHI con las personas designadas a continuación. Entiendo que mis proveedores de cuidado de la salud deben proteger la privacidad de mi PHI en virtud de las leyes federales o estatales relacionadas y no pueden divulgar esta información sin mi consentimiento

#### Persona Autorizada/Representante núm. 1

Nombre:	Número de teléfono:
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:

#### Persona Autorizada/Representante núm. 2

Nombre:	Número de teléfono:
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:

### 3. Firma del paciente/Firma del representante autorizado

He leído y entiendo lo anterior. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento voluntario a Kelsey-Seybold y sus afiliadas para compartir, comunicar o analizar mi PHI con las personas designadas anteriormente en la Sección 2.1; comprendo que esta solicitud permanecerá vigente hasta que notifique lo contrario a Kelsey-Seybold utilizando la información de contacto en la Sección 4 a continuación y no afectará la información ya compartida con mis representantes.

Aclaración de Paciente O Representante Autorizado:

Autoridad/Relación de Representante Autorizado:

Firma:	Fecha:
--------	--------

### 4. Envíelo de regreso de los siguientes modos:

Correo electrónico encriptado a: ROI@Kelsey-Seybold.com	Línea de fax: 713-442-2804
Por correo: Kelsey-Seybold Clinic ATTN: Medical Records Department 560 Meyerland Plaza Mall Houston, TX 77096	• Espere 3 días laborales para que este formulario se cargue en su historia clínica.