Kelsey-Seybold Clinic®
Changing the way health cares.℠

PERMISO PARA COMUNICAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al completar este formulario y firmar a continuación:

Doy permiso a Kelsey-Seybold para que comparta y comente mis antecedentes de salud con las personas designadas que se enumeran a continuación. Entiendo que esto puede incluir detalles delicados, tales como:

- Pruebas o tratamientos para enfermedades transmisibles, incluido el VIH/SIDA
- Consumo de drogas y alcohol
- Problemas de salud mental y conductual

Este permiso solo caducará si lo cancelo o lo modifico. Puedo cancelarlo o modificarlo en cualquier momento. Las modificaciones deben realizarse por escrito y enviarse a Kelsey-Seybold a la dirección que figura en este formulario. Entiendo que las modificaciones o cancelaciones:

- No afectarán la información que ya he compartido con las personas designadas
- No se harán efectivas hasta que Kelsey-Seybold reciba mi solicitud por escrito

Si quiero cambiar a las personas designadas, debo completar un formulario nuevo. Entiendo que cuando complete un formulario nuevo, mi formulario anterior dejará de ser válido. Entiendo que las personas que he designado pueden compartir información con otros, y que, si lo hacen sin mi permiso, la ley federal podría no proteger esas acciones. No necesito firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamiento. Este formulario no autoriza la divulgación de mis registros médicos.

Mi información (paciente)

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Calle:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Información de las personas designadas: Indique las personas que ha designado.

1. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____
   Número de teléfono:_____
2. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____
   Número de teléfono:_____
3. Nombre:_____ Relación con el paciente:_____
   Número de teléfono:_____

Devuelva este formulario por un solo medio. Espere 3 días hábiles a partir de la recepción del formulario para que se cargue en sus registros médicos.

Correo electrónico cifrado: ROI@Kelsey-Seybold.com | **Línea de fax:** 713-442-2804

Correo postal:
Kelsey-Seybold Clinic, ATTN: Medical Records Department
560 Meyerland Plaza Mall
Houston, TX 77096

_____ _____
Firma del paciente o de su representante legal Fecha

_____
Si está firmado por el representante legal, relación con el paciente