

AUTORIZACIÓN PARA QUE ST. CHARLES HABLE CON EL CUIDADOR COMÚN DESIGNADO POR EL PACIENTE

AUTHORIZATION FOR ST. CHARLES TO SPEAK WITH PATIENT DESIGNATED LAY CAREGIVER

Nombre del / la Paciente: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Cód. Postal: _____ Teléfono: _____

El propósito de este consentimiento es permitir que los cuidadores de St. Charles tengan comunicación verbal con el cuidador común designado por el/la paciente. Para la divulgación de registros médicos, utilice la Autorización para el Uso y la Divulgación de Información Médica Protegida - inglés o la Autorización para el Uso y la Divulgación de Información Médica Protegida - español.

NOTA: por favor use un formulario por cada persona designada.

Nombre	Parentesco con el / la Paciente	Teléfono

Su información médica puede contener información que se considera confidencial y está especialmente protegida por la ley federal de privacidad. La información especialmente protegida incluye: los resultados de VIH, la salud conductual, las pruebas genéticas y la información sobre el abuso de alcohol o drogas. Si decide autorizar a los cuidadores de SCHS a hablar con la persona designada aquí mencionada, es posible que se comparta esta información. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Tengo derecho a revocar (retractarme o cambiar de opinión) esta autorización en cualquier momento. Comuníquese con la Oficina de Privacidad de St. Charles para solicitar el formulario de solicitud de restricción de HIPAA, a privacyofficer@stcharleshealthcare.or
- Si solicito revocar una autorización que fue firmada por mí en una fecha anterior, la solicitud de revocación no se aplicará a la información que ya se haya compartido/discutido como resultado de la solicitud original.
- Ninguna determinación sobre el tratamiento, el pago, la inscripción o la calificación para beneficios se basará en el hecho de que yo firme o no este formulario de autorización.
- Entiendo que las reglas federales de confidencialidad no protegerán la información médica que tengo autorizada para ser compartida, si es que la organización o persona que la recibe la comparte nuevamente.
- Se me ha entregado/explicado una hoja de información sobre los beneficios de tener un cuidador común. Entiendo que solo se compartirá la información mínima necesaria para apoyar la planificación de la seguridad y del alta.

Esta autorización caducará un año después de la fecha en que se firmó.

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____
Fecha / Hora

Nombre Impreso _____
Parentesco con el/la Paciente (si corresponde)

(Para Uso de la Oficina solamente)

Nombre del Cuidador que acepta la Autorización: _____ Departamento: _____
 St. Charles Health Information Management | 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701 | Teléfono: 541-706-7784

Nota: Este formulario es una parte permanente del expediente médico.

Se ha entregado al paciente una hoja con información sobre los beneficios de tener un cuidador común. Todos los intentos de obtener una autorización para que SCHS hable con un cuidador común designado para el paciente han sido infructuosos.

Nombre del Cuidador _____
Fecha / Hora

Testigo

