

# AUTORIZACIÓN PARA LA DISCUSIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD PRIVADA

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**ENVIAR POR FAX AL (970) 470-6403**

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Número de seguro social	Teléfono particular	
Apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal

**MEDIANTE EL PRESENTE CONSENTIMIENTO SE AUTORIZA AL PERSONAL DEL SHAW CANCER CENTER A DISCUTIR VERBALMENTE MI INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA CON LOS SIGUIENTES DESTINATARIOS:**

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:

Este consentimiento tendrá una validez de 180 días a partir de la fecha de su firma..

Autorizo a Vail Health a divulgar la información de salud descrita anteriormente y entiendo lo siguiente:

1. La información divulgada de conformidad con el presente consentimiento podrá incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, como VIH/SIDA, así como con trastornos fisiológicos o psiquiátricos, salvo por las siguientes restricciones:  


---
2. Una vez que la información sea revelada conforme al presente consentimiento firmado, entiendo que la ley federal sobre privacidad (partes 160 y 164 del título 45 del CFR) que protege los datos médicos no se aplicará al receptor de la información y, por lo tanto, este no estará impedido de divulgarla.
3. Podré revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo del mismo. Para hacerlo, deberé entregar al funcionario responsable de la privacidad (en la dirección que figura al final de este formulario) una revocación por escrito que recién entrará en vigencia una vez que haya sido recibida y aprobada por el mencionado funcionario.
4. Podré rehusarme a firmar este consentimiento. Tal negativa no afectará el tratamiento que Vail Health preste al paciente, a menos que este procure servicios de atención médica a los solos efectos de generar información médica para su divulgación a un tercero.

Firma del paciente, padre/madre o representante legal	Fecha
---	-------

If signed by Legal Representative, Legal Representative's authority to act on behalf of patient.