



Etiqueta del  
paciente:

### Autorización para Divulgar Información Protegida (PHI)

Es política de Moreland OB/GYN proporcionar comunicación con los pacientes por teléfono o por otro medio designado por usted. La práctica requiere la siguiente autorización para la divulgación de información de salud protegida.

¿Podemos dejar un mensaje detallado en este correo de voz?  Si  No  
(Recordatorio de cita, información de facturación o pago, resultados de pruebas y procedimientos)

En caso afirmativo, proporcione el número de teléfono donde podemos dejar información: \_\_\_\_\_

### Autorización Para La Comunicación Confidencial

Autorizo a Moreland OB/GYN Associates a divulgar información médica a la(s) siguiente(s) persona(s) en mi nombre. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero que cualquier revocación debe hacerse por escrito. Entiendo que cualquier revocación no se aplicara a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización.

Nombre de persona (s) que recibe la información: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**No** soy menor de edad y autorizo comunicaciones confidenciales con las personas mencionadas anteriormente. Deseo mantener **confidencial** la siguiente información:

Información confidencial: \_\_\_\_\_

Soy **menor de edad (14-17)** y entiendo que ciertos aspectos de mis registros médicos son accesibles a mis padres. Deseo mantener **confidencial** la siguiente información:

Embarazo  Control de la natalidad  El consumo de drogas  De fumar  Actividad sexual

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal/representante si no es el paciente, indique el estado legal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Tiempo