



Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por
 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.
 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Consentimiento para divulgar de forma oral información médica protegida a familiares y amigos

PACIENTE:		
SOBRENOMBRE/APELLIDO DE SOLTERA/OTRO:		
N.º DE HISTORIA CLÍNICA:		
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO:	
DIRECCIÓN O N.º DE APARTADO POSTAL:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL + 4:

1. Doy mi consentimiento para que Kaiser Permanente hable sobre la información médica protegida sobre mí, y que la comparta, con los siguientes individuos que están involucrados en mi cuidado:

NOMBRE:	RELACIÓN:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	RELACIÓN:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	RELACIÓN:	N.º DE TELÉFONO:

2. Tipo de información que se compartirá o divulgará:

Información sobre la cita.

Información sobre recetas médicas.

TODA la información, excepto los servicios sensibles conforme a lo establecido en la ley de Comunicaciones Confidenciales de Washington, que incluyen enfermedades de transmisión sexual (como VIH o SIDA), salud reproductiva (como abortos), información de salud mental, conductual o psiquiátrica, tratamiento para trastorno por abuso de sustancias, dependencia de alcohol o farmacodependencia, e información genética.

3. Doy mi consentimiento para que Kaiser Permanente pueda dejar mensajes telefónicos con información detallada sobre mi plan médico y de salud en los siguientes números y con las siguientes personas:

Buzón de voz

Persona que contesta

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que el miembro de Kaiser Permanente o paciente lo revoque por escrito. Si presenta un formulario nuevo, se revocará el formulario existente. Si un menor de edad firma este consentimiento, el mismo vencerá automáticamente cuando cumpla 18 años de edad. (Los formularios de solicitud de comunicación confidencial de Oregón o Washington pueden anular este formulario).

X _____
 FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA FECHA

Envíelo por correo a: Health Information Files – Process Center, 10220 SE Sunnyside Road, Clackamas, Oregon, 97015

Envíelo por fax al: 503-571-5877

Kaiser Permanente se reserva el derecho de revelar información cuando la HIPAA así lo permita. Con este formulario de consentimiento no se autoriza la divulgación de las historias clínicas del paciente. Para esto se requiere una autorización de la HIPAA.