KAISER PERMANENTE®

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.

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:

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

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:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:

2. Tipo de información que se compartirá o divulgará:

☐ Información sobre citas ☐ Información sobre recetas médicas
☐ Toda la información relacionada con la atención médica general

INICIALES

Consulte la Autorización para el Uso o la Divulgación de la Información Médica Protegida, Formulario n.º 0004-1756 para la divulgación de la siguiente información: consultas psiquiátricas y enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, VIH/SIDA y resultados de exámenes, infecciones de transmisión sexual o salud reproductiva y abuso de sustancias.

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:

☐ Correo de voz ☐ Persona que contesta

INICIALES

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que el miembro de Kaiser Permanente o paciente lo reemplace por escrito. Si presenta un formulario nuevo, se reemplazará 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 | EDAD DEL MENOR AL MOMENTO DE FIRMAR

Envíelo por correo a: Medical Records File Services – 500 NE Multnomah St, Suite 100, Portland, OR, 97232
Envíelo por fax al: 1-877-849-4116
Envíelo por correo electrónico a: NW-Med-Rec@kp.org

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.

17805B_SP HIM Regional Forms Committee last reviewed_08/2024
©2024 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Scan: Doc type "Letter" **HealthConnect Tab:** AD/ROI