



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

NOMBRE DEL MIEMBRO O PACIENTE:		
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:		
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	N.º DE TELÉFONO: ()	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:

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

Usted tiene derecho a identificar a familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención para recibir de forma oral información médica o de pago sobre usted, para ayudarlo a manejar la atención de su salud. Puede agregar o cambiar esta lista en cualquier momento. Kaiser Permanente solo compartirá su información médica con las personas que usted designe, excepto en los casos exigidos o permitidos por la ley. Este formulario de consentimiento no autoriza la divulgación de copias de los registros de salud de los pacientes, lo que requiere un formulario de Autorización para el uso o divulgación de información médica del paciente (*Authorization for Use or Disclosure of Patient Health Information*).

Doy mi consentimiento para que Kaiser Permanente divulgue de forma oral la información que he especificado a continuación con los siguientes familiares, amigos u otras personas involucradas en mi atención médica, coordinación de atención o pago de mi atención médica:

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

1. Tipo de información que se puede divulgar de forma oral (marque todas las casillas que correspondan):

- TODA la información (que incluye las consultas psiquiátricas y las enfermedades mentales, las discapacidades del desarrollo, las pruebas genéticas, el VIH/SIDA y los resultados de exámenes, las infecciones de transmisión sexual o la salud reproductiva, si corresponde) **excepto la información sobre los trastornos por abuso de sustancias**
- Información del plan de salud (facturación, beneficios, autorizaciones de pagos), incluida la actualización de información demográfica y de otro tipo
- Otro (describa): _____

2. Doy mi consentimiento para que Kaiser Permanente deje mensajes telefónicos con información detallada al número de teléfono que proporcioné sobre mi información médica y de mi plan de salud a través de:

- buzón de voz
- la persona que conteste (si aparece en la lista anterior)

Entiendo que tengo derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando Kaiser Permanente ya haya hecho divulgaciones basándose en esta solicitud. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito. Si se recibe un formulario actualizado de CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR DE FORMA ORAL INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A FAMILIARES Y AMIGOS (*CONSENT TO VERBALLY DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION TO FAMILY MEMBERS AND FRIENDS*) y tiene a un familiar, amigo u otra persona idéntica en la lista con permisos actualizados (casillas de verificación diferentes), la nueva versión revocará automáticamente la versión anterior en el expediente. Si un menor de edad firma este consentimiento, el mismo vencerá automáticamente cuando cumpla 18 años de edad.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

FECHA

Si lo firma un representante personal del paciente, escriba el nombre en letra de imprenta a continuación e indique la relación con el paciente. Para el tutor legal o la persona con un poder notarial, envíe la documentación legal con este formulario.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO EN
LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Envíe el documento firmado por fax al 855-889-3320 o por correo electrónico a MASHIMSDIT-Scanning@kp.org



2013



KAISER PERMANENTE®

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

Hemos establecido un proceso que le permite decirnos con quién podemos hablar sobre su atención médica. Esto incluye información de citas y la programación, pruebas de laboratorio y resultados, información de tratamiento y de facturación.

¿Cómo puedo otorgar permiso a otras personas para obtener información oral sobre mí?

Llene el formulario de Consentimiento para divulgar de forma oral información médica protegida a familiares y amigos para informarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas correspondientes para indicar sobre qué información podemos hablar.

¿Cómo se utiliza la información del formulario?

Cada vez que las personas designadas por usted llamen o hagan una solicitud en su nombre, verificaremos que tengan su permiso para recibir la información y, luego, la compartiremos.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo puede ser útil este formulario?

- Si una persona desea compartir información con su cónyuge o compañero sentimental.
- Si un padre mayor quiere que un hijo adulto le ayude a entender las instrucciones del tratamiento médico.
- Si un hijo adulto le ayuda con las preguntas sobre la facturación.
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud.
- Si un estudiante universitario desea compartir información con los padres.
- Si un hijo adulto llama para hablar con el proveedor de su padre sobre su tratamiento médico.

¿Esto significa que no hablarán con nadie que yo no haya nombrado específicamente en este formulario?

No. Si lo permite la ley, Kaiser Permanente puede hablar con otras personas involucradas en su atención (o en el pago de esa atención).

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o revocar (detener) este permiso en cualquier momento escribiéndonos a la dirección que se muestra a continuación. Los formularios están disponibles en su clínica o puede obtener un nuevo formulario en www.kp.org/espanol. (NOTA: Si se recibe un formulario actualizado de Consentimiento para divulgar de forma oral información médica protegida a familiares y amigos y tiene un familiar, amigo u otra persona idéntica en la lista con permisos actualizados [casillas de verificación diferentes], la nueva versión revocará automáticamente la versión anterior en el expediente).

¿Qué sucede si no lleno el formulario de Consentimiento para divulgar de forma oral información médica protegida a familiares y amigos?

Seguiremos protegiendo su información médica tal como exige la ley.

¿Las personas que designe también pueden obtener copias de mis expedientes médicos?

No, solo pueden recibir información de forma oral. Para obtener copias de expedientes médicos, llene un formulario de Autorización para el uso o divulgación de información médica del paciente por separado, el cual está disponible en su clínica o en www.kp.org/espanol.