



CNSNT

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN DURANTE LA CONSULTA MÉDICA**  
(AUTHORIZATION TO VERBALLY RELEASE INFORMATION FROM PHYSICIAN OFFICE)

Entiendo que mis datos personales de salud están protegidos bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA, siglas en inglés). Autorizo a ChristianaCare a revelar VERBALMENTE la información que marqué a los individuos indicados a continuación.

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Número de teléfono</b>

<input type="checkbox"/> Datos sobre citas/programación de citas	<input type="checkbox"/> Datos de pago y factura/Estado financiero	<input type="checkbox"/> Información médica (i.e.; diagnósticos, medicamentos, vacunas, planes de tratamiento)
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas generales (i.e. laboratorio, rayos X, resonancia magnética, patología)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas delicadas (i.e.; ETS, VIH, cáncer, obstetra ginecólogo)	<input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Número de teléfono</b>

<input type="checkbox"/> Datos sobre citas/programación de citas	<input type="checkbox"/> Datos de pago y factura/Estado financiero	<input type="checkbox"/> Información médica (i.e.; diagnósticos, medicamentos, vacunas, planes de tratamiento)
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas generales (i.e. laboratorio, rayos X, resonancia magnética, patología)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas delicadas (i.e.; ETS, VIH, cáncer, obstetra ginecólogo)	<input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Número de teléfono</b>

<input type="checkbox"/> Datos sobre citas/programación de citas	<input type="checkbox"/> Datos de pago y factura/Estado financiero	<input type="checkbox"/> Información médica (i.e.; diagnósticos, medicamentos, vacunas, planes de tratamiento)
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas generales (i.e. laboratorio, rayos X, resonancia magnética, patología)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas delicadas (i.e.; ETS, VIH, cáncer, obstetra ginecólogo)	<input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>Número de teléfono</b>

<input type="checkbox"/> Datos sobre citas/programación de citas	<input type="checkbox"/> Datos de pago y factura/Estado financiero	<input type="checkbox"/> Información médica (i.e.; diagnósticos, medicamentos, vacunas, planes de tratamiento)
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas generales (i.e. laboratorio, rayos X, resonancia magnética, patología)	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas delicadas (i.e.; ETS, VIH, cáncer, obstetra ginecólogo)	<input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental

**Caducidad y anulación:**

Esta autorización caduca a un año desde la fecha de la firma. Entiendo que esta autorización se puede anular en cualquier momento. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva para información que se compartió de buena fe antes de la revocación de esta autorización. Para cancelar esta autorización, entiendo que tengo que enviar una solicitud por escrito a la consulta que divulgará mi información.

**ChristianaCare no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios al término de otorgamiento de esta autorización. La información, una vez comunicada, puede dejar de estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad y puede que sea comunicada nuevamente por el destinatario. Sin embargo, la información contemplada en la Reglamentación Federal 42 CFR Parte 2 no puede volver a comunicarse, a no ser que sea expresamente permitido por la autorización o las reglamentaciones. Además de la divulgación autorizada por el presente, entiendo que ChristianaCare usará y divulgará mi información para el tratamiento, pago, y actividades de atención médica, según lo permita el derecho aplicable y tal como figura en el Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Signature of Patient or Decision Maker	Relationship to Patient	Date	Time
Witness Signature/Title	Witness Print Name or ID#	Date	Time

**Interpretation:** The information has been presented to the:  Patient  Representative  Decision Maker in: \_\_\_\_\_ Language

Interpreter Name	Agency and ID# (if applicable)	Date	Time
Witness Signature/Title	Print Name or ID#	Date	Time

**Key:** CFR - Code of Federal Regulations HIV - Human Immunodeficiency Virus MRI - Magnetic Resonance Imaging OB/GYN - Obstetrics/Gynecology  
STD - Sexually Transmitted Disease