



—Hoja de información —

**Permiso para discutir verbalmente
Información de salud protegida con
Familiares y amigos
Hoja informativa**

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

¿Cómo puedo dar permiso a otros para obtener información verbal sobre mí?

Complete el Permiso para discutir verbalmente el formulario de Información de salud protegida en la página adjunta para informarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas apropiadas para indicar qué información podemos discutir. También puede enviarnos una carta con esta información.

¿Esto significa que no hablarás con nadie que no haya nombrado específicamente en el formulario?

No. Si la ley lo permite, el proveedor Dr. Guillermo Köhn y su personal pueden hablar con otras personas involucradas en su atención (o el pago de esa atención).

¿Cómo se usa la información en el formulario?

Cada vez que su persona designada llame o haga una solicitud en su nombre, verificaremos que la persona tenga su permiso para recibir la información y luego la compartiremos.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo esto podría ser útil?

- Si un individuo quiere compartir información con su cónyuge u otra persona importante
- Si un padre anciano quiere que un hijo adulto lo ayude a comprender las instrucciones de tratamiento médico
- Si el hijo de un adulto está ayudando con las preguntas de facturación
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud.
- Si un estudiante universitario desea compartir información con un padre
- Si un niño adulto llama para averiguar la hora de la cita de sus padres

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cambiar o revocar (detener) este proceso en cualquier momento llamándonos o enviando una carta para solicitar un nuevo formulario de autorización.

¿Qué sucede si no completo este formulario?

Continuaremos protegiendo su información médica privada según lo exija la ley.

¿La persona que designo también puede obtener copias de mis registros médicos?

No, solo pueden recibir información verbal. Para obtener copias de los registros médicos, complete un formulario de autorización por separado disponible comunicándose con su clínica / centro primario.

¿Dónde envío el formulario completo o cualquier cambio?

Envíe por correo o fax el formulario completo o cualquier cambio a la ubicación de nuestra oficina que se detalla a continuación. Nota: Si necesita obtener copias de sus registros de salud, comuníquese con nuestra oficina utilizando la dirección o el número de teléfono que figuran a continuación.

**Guillermo Köhn, MD LLC
Miami Global OBGYN
777 East 25th Street, suite 212,
Hialeah, FL 33013**

**Guillermo Köhn MD LLC
Miami Global OBGYN
4308 Alton Rd. Suite 740
Miami Beach, FL 33140**

**Mismos numeros para ambas direcciones
Phone: 305-694-9800
Fax: 305-694-9881**



**Permiso para discutir verbalmente
Información de salud protegida con
Familiares y amigos**

—Completar este formulario es opcional—

| | | | |
|---------------------|----------------------|--|---------------|
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento | Numero de historia clinica, si lo sabe | |
| Domicilio de casa | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono de casa | Teléfono del trabajo | | |

Doy permiso a mi proveedor de salud, el Dr. Guillermo Köhn, y al personal para que VERBALMENTE compartan la información que he verificado con la familia, amigos u otras personas que identifique a continuación como parte de mi atención médica, coordinación de atención o pago de mi atención médica. (Marque todas las casillas que correspondan) Este formulario no autoriza la liberación de copias de mis registros.

- Información de citas
- Información médica, incluidos mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- Información de salud del comportamiento, incluidos mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
 - Trastorno por uso de sustancias
 - Discapacidad del desarrollo
- Resultados de Lab/test (___ marque aquí para incluir los resultados del VIH)
- Información de facturación y pago
- Otro (describir): _____

Mi proveedor de atención médica y su personal tienen mi permiso para discutir la información anterior con la siguiente familia, amigos y otras personas. Esta información es directamente relevante para su participación en mi atención médica (o el pago de esa atención).

1. Nombre: _____
Calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

1. Nombre: _____
Calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Entiendo que, en ciertas situaciones, mi proveedor de atención médica y su personal pueden hablar con otras personas que están involucradas en mi atención o en el pago de esa atención, si la ley lo permite, que pueden no identificarse en este formulario.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando mi proveedor de salud ya haya hecho divulgaciones en base a esta solicitud. Entiendo que este permiso permanece vigente hasta el momento en que lo revoco por escrito.

Firma del paciente / representante autorizado X _____ Fecha _____
Si no es paciente, indique la relación y la autoridad para firmar _____