



7150 W 20th. Ave. Suite 312
 Hialeah, FL - 33016
 Office: (305) 694-9800 Fax: (305) 694-9881
 www.drkohn.com

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

-Completar este formulario es opcional—

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de historia clínica, si se conoce	
Dirección de la 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
- Medical information, including my symptoms, diagnosis, medications and treatment plan
- Información médica, incluidos mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
 - Trastorno por consumo de sustancias
 - Discapacidad del desarrollo
- Resultados de laboratorio/pruebas (_____ haga clic 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 los siguientes familiares, amigos y otras personas. Esta información es directamente relevante para su participación en mi atención médica (o el pago por esa atención).

- 1) Nombre: _____
 Calle: _____
 Ciudad, Estado, Código postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

- 2) Nombre: _____
 Dirección: _____
 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 estén involucradas en mi atención o en el pago de esa atención, si la ley lo permite, que pueden no estar identificadas en este formulario.

Entiendo que tengo derecho a 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 en vigor hasta el momento en que lo revoque por escrito.

Firma del Paciente/Representante Autorizado X _____ Fecha _____

Si no es paciente, indique la relación y la autoridad para firmar _____

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

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

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

Complete el formulario de Permiso para hablar verbalmente sobre información médica protegida en el reverso de esta página para informarnos con quién podemos hablar sobre su información. Marque las casillas correspondientes para indicar qué información podemos discutir. También puede enviarnos una carta con esta información.

¿Significa esto que no hablará con nadie que no haya nombrado específicamente en el formulario?

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

¿Cómo se utiliza la información del formulario?

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

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo podría ser útil?

- Si una persona desea compartir información con su cónyuge o pareja
- Si un padre anciano quiere que un hijo adulto le ayude a entender las instrucciones del tratamiento médico
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas sobre facturación
- Si un amigo está ayudando a un paciente con problemas de salud
- Si un estudiante universitario quiere que la información se comparta con uno de sus padres
- Si un hijo 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 de atención primaria.

¿Dónde envío el formulario completo o cualquier cambio?

Envíe por correo o fax el formulario completo o cualquier cambio en la ubicación de nuestra oficina que se enumera a continuación.

Nota: Si necesita obtener copias de sus registros de salud, comuníquese con nuestra oficina a la dirección o el número de teléfono que se indican a continuación.

Guillermo Köhn MD, FACOG, FACS

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC

7150 W. 20th Ave. Ste 312

Hialeah, FL – 33016

Phone: 305-694-9800 – FAX: 305-694-9881