



**McFarland Clinic PC**  
**Autorización del Paciente para la Comunicación Verbal**

*Use letra de imprenta por favor*

Paciente: \_\_\_\_\_  
 (Primer Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Historial Médico #: \_\_\_\_\_

**Mensajes de Voz:**

Yo doy permiso para que dejen un mensaje de voz detallado en los siguiente numeros de telefono sobre una cita, el cuidado médico, resultados de exámenes, o factura:

# de Casa \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ # de trabajo \_\_\_\_\_

**Los mensajes no serán dejados en un correo de voz no identificado o con otros individuos no enlistados abajo.**

**Comunicación con Otros Personas:**

Yo doy permiso para que las siguientes personas reciban información verbal con respectos a las citas, cuidado médico, cuidado médico, o factura:

<u>NOMBRE</u>	<u>TELEFONO</u>	<u>RELACIÓN</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**AUTORIZACIÓN:**

Yo entiendo que este formulario de comunicación será utilizado como norma hasta que sea revocado por escrito por el paciente. También entiendo que cualquier divulgación que fue hecha antes de mi revocación no constituya una infracción de mis derechos a la confidencialidad. El puede revocar esta autorización enviando una carta firmada y con fecha a: McFarland PC- Oficina de la Privacidad- PO BOX 3014 - Ames, IA 50010.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente (Padre o Guardián Legal) Relación al paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
 Direccion Ciudad Estado Código Postal

**EN RELACIÓN DE LOS MENORES:**

Los dos padres deberán de firmar este documento; si los dos tienen la patria potestad. Si el 2do padre no puede firmar explique en la seccion de los comentarios de abajo. Cuando el paciente tenga 18 años, esta autorización será anulada.

\_\_\_\_\_  
 Firma del 2do Padre Relación al paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
 Direccion Ciudad Estado Código Postal

**COMENTARIOS:**

*Esta autorización no provee a las personas arriba mencionadas de ninguna autoridad, ya se implicada o directamente, sobre el tratamiento o decisiones del cuidado.*

**Regrese la forma a: McFarland Clinic PC- Release of Information Dept, PO BOX 3014, AMES, IA 50010**