



EMRN:  
HCL:

### Solicitud de Comunicación Oral Confidencial

La ley federal le permite a usted solicitar que determinemos límites en nuestra divulgación o uso de su información protegida sobre la salud. *(Si usted DESEA que el grupo médico divulgue información protegida de la salud a un miembro de la familia, pariente, etc. ESPECÍFICO)*. Por favor, complete este formulario. **No tenemos la obligación de aceptar su solicitud, en algunos casos, puede ser imposible o poco factible que lo implementemos. Sin embargo, intentaremos atender todas las solicitudes razonables de los pacientes.** También la ley nos obliga a llevar registros de sus solicitudes y, si lo aceptamos, estamos obligados por dicho contrato y tenemos el deber de cumplirlo.

Nombre del Paciente en Letra de Molde: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Particular: \_\_\_\_\_ Otro Número: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA PERSONAS ESPECÍFICAS:** - Si se tilda la caja de la izquierda, solicito que usted divulgue **Toda** mi información protegida sobre la salud a las personas de la lista siguiente:

Nombre:	Relación	Número de Teléfono:
<i>*Solamente tres (3) partidos pueden se elegidos*</i>		
1. _____		
2. _____		
3. _____		

**Registro Médico Primario** Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante del paciente o legal) (Prueba de la documentación legal se requiere)

**Registro de Salud Mental** Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante del paciente o legal) (Prueba de la documentación legal se requiere)

**\*\* Facey Medical exige una Autorización firmada de parte del paciente para obtener copias de los Registros Médicos \*\***

**\* Nota si usted es un menor de edad esta autorización será por favor valida hasta la edad de 18\***

**Facey Medical Group:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Firma que confirma oficial)

Nuestro Aviso de Prácticas de la Privacidad brinda más información detallada sobre cómo podemos usar y divulgar la información protegida sobre la salud de usted. Hay una copia disponible en cualquiera de nuestras Sedes de Facey Medical Group.