

**The Adler Center for Women's Health**

**Consentimiento (o Autorización) Verbal Para Divulgar Información del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, aquí estoy autorizando a Alf Adler, M.D., Héctor Colón, M.D., Eduardo Torres, M.D., Jodie Horton, M.D., CNM, Rita-Marie Goudreau, CNM, Pam Becker, CNM, Monica Byrne, CNM, Sara Pinkman, CNM, Patricia Gould, CNM y sus representantes a divulgar cualquier o toda información respecto a mi salud, mis resultados de pruebas, procedimientos, y cuentas a las siguientes personas o agencias:

- \_\_\_\_\_ a mí
- \_\_\_\_\_ a mi compañía de aseguranza
- \_\_\_\_\_ a mi cónyuge
- \_\_\_\_\_ a mis padres
- \_\_\_\_\_ a otra persona (nombre de tal persona) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ a ninguna otra persona

También estoy autorizando a los doctores y sus representantes a que divulgen resultados de mis exámenes médicos de la siguiente manera:

Me pueden llamar:

- \_\_\_\_\_ a mi hogar entre \_\_\_\_\_ am/pm y \_\_\_\_\_ am/pm
- \_\_\_\_\_ a mi trabajo entre \_\_\_\_\_ am/pm y \_\_\_\_\_ am/pm

Pueden dejarme un mensaje:

- \_\_\_\_\_ en mi hogar
- \_\_\_\_\_ en mi trabajo
- \_\_\_\_\_ a la máquina de mensajes – hogar
- \_\_\_\_\_ a la máquina de mensajes – trabajo

Tengo entendido que esta oficina divulgará información a esas personas que yo he determinado pueden recibir tal información. Esto incluye mis datos médicos e información de mi cuenta. Este consentimiento será enforzado tal como establecido en este documento. Cualquier cambio a este documento se debe expresar por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo