

La autorización permanente para compartir información médica protegida (PHI) permite que nuestra oficina analice su información médica en conjunto con la(s) persona(s) mencionadas a continuación.

Nombre del/la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre anterior: _____

Autorizo que Family Care Network deje **mensajes detallados** para el/la paciente que se menciona anteriormente en el (los) siguiente(s) número(s) telefónico(s): _____

Autorizo a Family Care Network (incluyendo todas las clínicas, oficinas y servicios adicionales) para compartir información médica protegida limitada sobre mi enfermedad y mi tratamiento médico con la(s) persona(s) que se menciona(n) a continuación y que está(n) involucrada(s) en mi tratamiento médico continuo.

Nombre (en letra de molde)	Número telefónico	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Puede incluir información específica a lo siguiente (marque todas las respuestas que correspondan):

- VIH (virus del SIDA)
- Salud o enfermedad mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Consumo de alcohol o drogas
- Atención a la salud reproductiva (**únicamente para menores de edad menores de 18 años**)

Menores de edad: se necesita la firma del/la paciente menor de edad con el fin de divulgar información sobre la atención a la salud reproductiva (a cualquier edad), enfermedades de transmisión sexual (mayores de 14 años), VIH/SIDA (mayores de 14 años), abuso de drogas o alcohol (mayores de 13 años) y salud o enfermedad mental (mayores de 13 años).

Nota: El formulario dejará de ser válido al momento de ser cancelado por el/la paciente o el/la representante legal o cuando el/la paciente cumpla 18 años. **Este formulario no autoriza la divulgación de los expedientes médicos.**

Firma del paciente o del representante legal Fecha

Nombre con letra de molde (si se firmó en representación del paciente) Relación (padre, madre, tutor(a) legal, etcétera)

Firma del paciente menor de edad, si corresponde Fecha

CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Firma del/la paciente: _____ Fecha: _____