

**Obtención de autorización verbal y por escrito (permiso) para usar o divulgar información de salud protegida**

De vez en cuando el Mason Health (el hospital y las clínicas) tal vez deseen utilizar o divulgar su información de salud protegida a individuos involucrados en su cuidado para propósitos de notificaciones. Conforme a lo estipulado por el Título 45, Sección 164.10, se nos permite usar o divulgar después de haber obtenido su autorización verbal o por escrito.

**Mason Health está autorizada a: (favor de marcar lo que corresponda)**

- Notificar o hablar con mi cónyuge respecto al tratamiento o tratamiento propuesto.  
(favor de escribir el nombre): \_\_\_\_\_
- Notificar o hablar con mi cuidador respecto al tratamiento o tratamiento propuesto.  
(favor de escribir el nombre): \_\_\_\_\_
- Notificar o hablar con los miembros de mi familia, es decir, a hijos, hermana, hermano, madre o padre sobre el tratamiento o tratamiento propuesto.  
(favor de escribir el/los nombre/s): \_\_\_\_\_
- Notificar o hablar con mi amigo(a) respecto al tratamiento o tratamiento propuesto.  
(favor de escribir el/los nombre/s): \_\_\_\_\_
- Notificar a mi servicio de transporte respecto a mi entrega o recogida antes o después de finalizar mi tratamiento.
- Otros: (especifique por favor): \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos contactarle referente a su cita, su tratamiento propuesto, las citas de seguimiento, las preguntas o problemas sobre su factura, programar la cirugía, radiología, laboratorios, citas de servicio ambulatorios y otras situaciones referentes a su información de salud protegida?

**Si no estoy disponible, la Mason Health podrá: (favor de marcar lo que corresponda)**

- Dejar un mensaje a mi cónyuge o aquellos miembros indicados anteriormente.
- Dejar un mensaje en mi contestador automático, correo de voz o teléfono celular.
- Llamar a mi lugar de trabajo y dejar un mensaje para que yo devuelva la llamada.
- Dejar un mensaje a la oficina de los médicos que me refirieron para que yo regrese la llamada.
- Dejar un mensaje a mi intérprete.
- Otros:

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que mi negativa no afectará mi acceso a obtener tratamiento en cualquier instalación de Mason Health.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación de revocación por escrito a Mason Health. La revocación será efectiva cuando Mason Health la reciba por escrito, excepto que no tendrá vigor sobre alguna acción ya tomada por Mason Health referente a esta autorización.

Entiendo que una vez que Mason Health haya divulgado información sobre mi salud al destinatario, Mason Health no podrá garantizar que el destinatario no revelará nuevamente mi información de salud a terceros.

Esta autorización siempre será válida mientras sea yo paciente de Mason Health. Al firmar a continuación, por la presente, con conocimiento y voluntariamente, autorizo a Mason Health a divulgar verbalmente mi información de salud o a cumplir con las instrucciones específicas de la forma anteriormente descrita y revocar todos los formularios de Autorización Verbal Clínica firmados previamente.

Firma del(la) paciente o su representante: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del representante personal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del(la) paciente: \_\_\_\_\_

Patient Label

**Clinic Verbal Authorization**  
Mason Health  
P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive  
Shelton, WA 98584  
MGH 1495S REV. 2/2020  
SCAN TO HIPAA PRIVACY/DISCLOSURE DOCUMENT