



# Consentimiento de Divulgación Verbal de Información de Salud

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
<input type="text"/>			
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELÉFONO	CELULAR	FECHA DE NACIMIENTO	

Autorizo a Cucamonga Valley Medical Group a hablar sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi historia clínica con la persona mencionada a continuación en persona o por teléfono. Estoy de acuerdo con la divulgación verbal de las visitas pasadas, actuales o futuras con el fin de permitir que la persona mencionada a continuación pueda participar en mi cuidado.

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
<input type="text"/>			
DIRECCIÓN			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO		CELULAR	

La información relacionada con la salud mental, la dependencia química o las pruebas del VIH, y/o la terapia normalmente sólo se divulgará al paciente. Por favor, ponga sus iniciales abajo si desea divulgar esta información a la persona indicada arriba

<input type="text"/>	<b>Información Sobre la Salud Mental</b>	<input type="text"/>	<b>Información Sobre la Dependencia Química</b>	<input type="text"/>	<b>Pruebas de VIH y/o Terapia</b>
INICIALES		INICIALES		INICIALES	
<input type="text"/>					
PACIENTE, PADRE O GUARDIÁN (PORFAVOR, ESCRIBA CON LETA DE MOLDE)					
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE			FECHA		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
FIRMA DEL TESTIGO DURANTE LA FIRMA			FECHA		

Esta autorización no permite la divulgación de ninguna información escrita a la persona indicada. La autorización expirará en un año a partir de la firma, a menos que se indique lo contrario a continuación.

INDEFINIDO (NUNCA EXPIRA)       TERMINA EL:

FECHA

Revocación: Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de que finalice. Sin embargo, su revocación por escrito no afectará ninguna comunicación de su información que Cucamonga Valley Medical Group ya haya divulgado. Su revocación debe realizarse por escrito y dirigirse a cualquiera de nuestras oficinas.