



Formulario de autorización otorgando consentimiento para compartir información con familiares y amigos

Comprendo que mi información de atención médica en Summit Pacific Medical Center está protegida y recibí la copia de su Aviso de prácticas de privacidad.

Los nombres indicados a continuación son de familiares o amigos a los que deseo otorgar acceso a mi información de atención médica. Confiaré en el criterio profesional de mi proveedor de atención médica y de la persona que este designe para compartir dicha información según lo consideren necesario.

Comprendo que la información se limita a conversaciones verbales y que no se proporcionarán copias en papel de mi información de salud protegida sin mi firma en un Formulario de divulgación de información.

Además, Summit Pacific Medical Center podrá utilizar o divulgar información relativa a las siguientes afecciones para los fines de los servicios de administración de casos, según sea apropiado (Marque todo lo que corresponda.)

- *Salud mental/trastornos psiquiátricos (incluida la depresión)*
- *Dependencia a las sustancias químicas (abuso/tratamiento para el consumo de drogas o alcohol)*
- *Virus del VIH/SIDA*
- *Enfermedades de transmisión sexual*

*** Se requiere la firma de los pacientes menores de edad para divulgar información relativa a su atención para:

- 1) Afecciones relacionadas con la sexualidad del menor, incluyendo, entre otras cosas: anticoncepción, embarazo y enfermedades de transmisión sexual (a partir de 14 años)
- 2) Abuso de alcohol o drogas (a partir de los 13 años)
- 3) Afecciones de salud mental (a partir de 13 años)

Este consentimiento se considerará válido hasta el momento en que lo revoque. Me reservo el derecho a revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada, ya que comprendo que las relaciones y amistades pueden cambiar con el tiempo.

Nombre	Relación
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma del paciente: _____

Fecha: ____/____/____