

## Autorización verbal/escrita (permiso) para usar o revelar información médica protegida

Es posible que Mason Health quiera usar o revelar su información médica protegida a las personas que participan en su atención para fines informativos. Según lo estipulado en el Título 45, Sección 164.10, se nos permite hacer dichos usos o revelaciones, con su permiso verbal o escrito.

**\*\*\*Esta autorización excluye la información médica de pacientes de 13-17 años, que están protegidos específicamente por las leyes estatales. Esto incluye información sobre salud reproductiva, ETS, mental y abuso de sustancias.**

Mason Health está autorizado a (marque todas las que corresponda):

- Comunicarse con las siguientes personas sobre mi tratamiento o tratamiento propuesto (escriba el nombre y la relación):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- Incluir información sobre mi salud mental. **\*\*\*EXCLUYE LAS EDADES DE 13-17 AÑOS**
- Informar a mi servicio de transporte de mi llegada o recogida antes o después de completar mi tratamiento.
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- NO** autorizo a Mason Health a revelar ninguna información médica a nadie que no sea yo.

¿Cómo podemos comunicarnos con usted sobre sus citas, tratamientos propuestos, preguntas/problemas de facturación, programación de operación, citas de radiología/laboratorio/servicios ambulatorios y otras situaciones relacionadas con su información médica protegida?

Marque todas las que corresponda:

- Teléfono
- Deje un mensaje con los miembros autorizados de la lista de arriba.
- Deje un mensaje en mi contestador automático, buzón de voz o celular.
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que mi rechazo no afectará mi capacidad de obtener tratamiento en ningún campus de Mason Health.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un formulario de Consentimiento para revocar la autorización anterior MGH 1778 a Mason Health. La revocación entrará en vigor en Mason Health cuando se reciba mi aviso escrito, pero no tendrá efecto sobre ninguna acción que ya haya tomado Mason Health basado en esta autorización.

Entiendo que una vez que Mason Health haya revelado mi información médica al destinatario, Mason Health no puede garantizar que el destinatario no la volverá a revelar a un tercero.

Esta autorización seguirá siendo válida mientras sea paciente de Mason Health. Con mi firma abajo, con conocimiento y voluntariamente, autorizo a Mason Health a revelar verbalmente mi información médica o seguir instrucciones específicas de la manera descrita arriba y revocar todos los formularios de Autorización médica verbal firmados previamente.

Firma del paciente/representante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del representante personal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Patient Label

Clinic Verbal Authorization  
Mason Health  
P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive,  
Shelton, WA 98584  
MGH 1495S REV 2/2024  
SCAN TO HIPAA PRIVACY/DISCLOSURE DOCUMENT