



Health Information Management Department  
 2700 Westchester Avenue, Purchase, NY 10577  
 Fax: (914) 682-6415

# AUTORIZACIÓN para comunicar verbalmente de información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente :  
 Calle, ciudad, estado, código postal

Registro médico #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 DD MM AA

"Yo autorizo a WESTMED Medical Group a divulgar verbalmente mi información médica (información relativa a mis registros medicos y/o registros financieros) como indica debajo."

**INFORMACIÓN PUEDE COMUNICAR A (Relación):**  
 Esposo(a)  Hijo(a)  Amigo(a)  Otro(a) \_\_\_\_\_  Esposo(a)  Hijo(a)  Amigo(a)  Otro(a) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN A DIVULGAR VERBALMENTE:**  
 El médico(a) puede comunicar información médica a la persona arriba.  WESTMED puede comunicar informaciones financieros relativa a mi tratamiento.  
 Resultados de labretorios /radiologico (limitado a comunicacion verbalmente)  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Registros médicos de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
 Todos médcas/financieros informaciones.  Información limitado a \_\_\_\_\_

**TO BE READ AND SIGNED BY PATIENT:**

Entiendo lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita a WESTMED.
- No puedo revocar esta autorización si WESTMED ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a la cobertura de un seguro.
- WESTMED no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
- Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
- Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo su propósito y uso.
- Puedo recibir una copia de esto completado y firmado autorización.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA:**  
 I.D. Verified: Type \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_