



Waterfall  
Community  
Health Center

## Waterfall Community Health Center

1890 Waite Street, Suite #1  
North Bend, Oregon 97459  
(541)756-6232

Formulario de consentimiento para la divulgación de información médica

(Formulario de consentimiento HIPAA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / \_\_\_ / \_\_\_

### Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, la historia clínica; los exámenes provistos y la información sobre reclamos. Esta información puede darse a conocer a:

Cónyuge \_\_\_\_\_

Hijo/s \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

La información no debe divulgarse a nadie.

El presente formulario de *Divulgación de Información* tendrá vigencia hasta que yo lo termine por escrito.

### Mensajes

Llamar a  mi casa  mi trabajo  mi teléfono móvil:

De no poder contactarme:

dejar un mensaje detallado

dejar un mensaje pidiéndome que los llame

\_\_\_\_\_

El mejor horario para contactarme es (día) \_\_\_\_\_ entre (horario) \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_