



Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals
Kaiser Permanente Health Alternatives

Autorización para comunicar información médica protegida a familiares y amigos (Authorization for Communication of Protected Health Information to Family Members and Friends)

PACIENTE:		
SOBRENOMBRE/APELLIDO DE SOLTERA/OTRO:		
N.º DE REGISTRO DE SALUD:		
FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE TELÉFONO: ()	
CALLE DEL DOMICILIO O N.º DE APARTADO POSTAL:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL + 4:

1. Autorizo a Kaiser Permanente a analizar o compartir información médica protegida sobre mí con las siguientes personas involucradas en mi atención (I authorize Kaiser Permanente to discuss/share protected health information about me with the following individual(s) who are involved in my care):

NOMBRE:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:
NOMBRE:	PARENTESCO:	N.º DE TELÉFONO:

2. Tipo de información que se puede compartir o revelar (Type of information to be shared or disclosed):

- información sobre la cita (Appointment information)
- información sobre medicamentos recetados (Prescription information)
- TODA la información (ALL information)

3. Autorizo a KP (Kaiser Permanente) a dejar mensajes telefónicos detallados con información médica mía e información sobre mi plan de salud por los siguientes medios: (I authorize KP to leave detailed phone messages about my medical and health plan information with the following) :

- en la contestadora (Voicemail)
- con la persona que conteste el teléfono (Person answering)

Esta autorización permanecerá vigente hasta que el paciente la revoque por escrito. El envío de un formulario nuevo revocará el formulario actual. (This authorization shall remain in effect until revoked in writing by the patient. Submitting a new form will revoke existing form)

X _____
FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA

X _____
FECHA

Mail to: Medical Records File Services – Process Center, 10220 SE Sunnyside Rd, Clackamas, OR, 97015

Fax to: 503-571-5877

