

No. Registro Medico.:

NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

FECHA:

---

## DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN

Trinity Health Of New England Medical Group está autorizado para dar información verbal o actualizaciones sobre la condición de usted a su Apoderado o Representante de Cuidado de la Salud/Legal según se indica en su registro médico.

Si desea que otras personas, como familiares o amigos, **que pregunten** acerca de la condición de usted, tengan el derecho de ser **informados verbalmente** acerca de su condición cuando pregunten, indique por favor los nombres de estas personas en las líneas de abajo.

Estoy autorizando la divulgación de **información médica verbal** relacionada con mi tratamiento, cuidado y seguimientos sobre mi condición a las siguientes personas:

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

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

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

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

- Entiendo que Trinity Health Of New England Medical Group continuará basándose en la información en este formulario cuando se comunique con miembros de la familia u otras personas involucradas en mi cuidado, a menos que yo solicite cambios.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud de Trinity Health Of New England Medical Group. Esta revocación no se aplicará a información que ya ha sido divulgada antes de la recepción de la revocación por escrito.
- Entiendo que la información divulgada podrá incluir asuntos relacionados con la salud mental, discapacidad del desarrollo, información genética, abuso de alcohol y/o de sustancias, enfermedades infecciosas, incluyendo VIH, SIDA/CRS y/o enfermedades transmitidas sexualmente, aborto o violencia sexual doméstica. **(SI NO DESEA QUE DICHA INFORMACIÓN SEA DIVULGADA, NO COMPLETE O FIRME ESTE FORMULARIO)**

---

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

---

FECHA