



**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**

Por favor identifique a la persona o personas a las que autoriza se le libere su Informacion Protegida de Salud (ya sea informacion oral o grabada) del Centro de Bienestar de Stigler, Inc. (SHWC) Esto puede incluir a su pareja, padres, hermanos, hijos, amigos o guardianes. Por favor enliste abajo:

NOMBRE	RELACION	# TELEFONO DE CASA	# CELULAR

El Centro de Bienestar de Stigler, Inc. require de su permiso para dejar mensajes en cuanto a su Informacion Protegida de Salud (resultados de exámenes, instrucciones, citas, recordatorios, etc.)

Favor de checar las cajas apropiadas:

\_\_\_\_\_ **Si**, SHWC **puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No**, SHWC **no puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Patient #

\_\_\_\_\_  
Patient Name

**Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta ser revocada.**