

**PERMISO PARA COMUNICACIONES VERBALES
DE BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número(s) de teléfono _____

Dirección completa (ciudad, estado y código postal) _____

Permito que Baylor Scott & White Health hable sobre mi información médica personal, en persona o por teléfono, con las siguientes personas involucradas en mis cuidados médicos para los siguientes fines:

- Para programar o confirmar oralmente mis citas;
- Para hablar sobre mi atención médica, incluso acerca de los resultados de pruebas de diagnóstico, diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento que pueden incluir informes de salud mental, notas de psicoterapia, resultados de pruebas de SIDA/VIH, informes de tratamiento por abuso de sustancias, informes de bancos de sangre o información genética; o bien
- Para hablar sobre facturación o los pagos por servicios médicos.

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de Baylor Scott & White Health. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que una vez que se revele esta información a la(s) persona(s) designada(s), dichas personas la podrán volver a divulgar y es posible que ya no cuente con las protecciones conferidas por las leyes de privacidad estatales o federales.

	Nombre	Relación	Número de teléfono
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración escrita de revocación a: Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. Este documento de Permiso para comunicaciones verbales es válido hasta que lo revoque el paciente o el representante del paciente.

Este documento no permite la publicación de información escrita a estos individuos. Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no tendrá ningún efecto negativo sobre la atención médica que reciba en Baylor Scott & White Health.

Firma del paciente o representante legal (no se permiten firmas electrónicas)

Fecha

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

Relación con el paciente

Autoridad del representante para actuar por el paciente
(incluya la documentación de apoyo)

Scan doc type: Consent-Verbal Communication

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH



BSWH-59385SP (Rev. 12/22)

PERMISSION FOR VERBAL COMMUNICATION