



JMU Audiology & Speech-Language Clinics
235 Martin Luther King Jr. Way, MSC 4304
Harrisonburg, Virginia 22807
Teléfono: 540-568-6491
Fax: 540-568-5757

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, autorizo a las agencias a intercambiar cierta información para que les resulte más fácil colaborar eficazmente en la prestación o coordinación de mis servicios o beneficios.

Yo, _____, firmo este formulario para _____
(Nombre completo en letra de imprenta de la persona que da su consentimiento) (Nombre completo en letra de imprenta del cliente)

(Fecha de nacimiento del cliente)

Mi relación con el cliente es: Yo mismo(a) Padre/madre Tutor Poder de representación (Power of Attorney, POA)
 Otra (explique): _____

Quiero que se intercambie la siguiente información confidencial sobre el cliente:
 Toda la información de atención médica Otra (explique): _____

Por la presente autorizo a las Clínicas de Audiología y del Habla-Lenguaje de la Universidad James Madison y a las siguientes agencias para que puedan intercambiar esta información:

1. Nombre de la persona o empresa: _____ Número de teléfono: _____
Dirección postal: _____

Envío automático de resúmenes de evaluación/resultados de pruebas Enviar resúmenes de evaluación/resultados de pruebas solo cuando se solicite

2. Nombre de la persona o empresa: _____ Número de teléfono: _____
Dirección postal: _____

Envío automático de resúmenes de evaluación/resultados de pruebas Enviar resúmenes de evaluación/resultados de pruebas solo cuando se solicite

3. Nombre de la persona o empresa: _____ Número de teléfono: _____
Dirección postal: _____

Envío automático de resúmenes de evaluación/resultados de pruebas Enviar resúmenes de evaluación/resultados de pruebas solo cuando se solicite

La información puede compartirse: por escrito en reuniones o por teléfono

Quiero que todas las agencias acepten una copia de este formulario como consentimiento válido para compartir información. Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para darles la información que necesiten.

Salvo que se revoque, la autorización no caduca.

Firma(s) de la(s) persona(s) que da(n) su consentimiento

Fecha

Consentimiento revocado el _____ por _____
Fecha Nombre en letra de imprenta Firma