

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH  
PERMISO DE COMUNICACIÓN VERBAL**

---

Nombre del paciente Fecha de nacimiento Números telefónicos

---

Dirección completa (ciudad, estado y código postal)

**Doy mi permiso para que el personal de Baylor Scott & White Health hable sobre mi información médica personal, ya sea en persona o por teléfono, con las siguientes personas que participan en mi atención médica, con los siguientes fines:**

- Para programar o confirmar oralmente mis citas;
- Para hablar de mi atención, incluidos los resultados de los análisis diagnósticos, de mi diagnóstico y pronóstico, y de los planes de tratamiento, que pudieran incluir expedientes de salud mental, notas de psicoterapia, resultados de análisis de SIDA/VIH, expedientes de tratamiento para el abuso de sustancias, expedientes del banco de sangre o información genética; o
- Para hablar de la facturación y pago de los 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 sea revelada a las personas designadas, dichas personas podrían a su vez divulgarla y entonces perdería la protección otorgada por las leyes estatales y federales de privacidad.

	Nombre	Parentesco	Número telefónico
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2001 Bryan Street, Suite 2200, Dallas, Texas 75201.

Este documento de permiso para comunicación verbal caducará al ser revocado o en la fecha o evento que aquí se especifica \_\_\_\_\_.

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 aceptan firmas electrónicas) Fecha

---

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal Parentesco con el paciente

---

Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente (adjunte información de apoyo)

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59385SP (Rev. 01/20)

**PERMISSION FOR VERBAL COMMUNICATION**