

## Authorization to Discuss

Autorizo a Shenandoah Valley Medical System a discutir mi información médica con las siguientes personas:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Esto **no incluye** ninguna información acerca del tratamiento de toxicomanía, tratamiento de VIH o de salud mental, a no ser que usted lo autorice al escribir sus **iniciales** al lado de cada área que usted quiera autorizar.

\_\_\_\_\_ Tratamiento de toxicomanía

\_\_\_\_\_ Tratamiento de VIH

\_\_\_\_\_ Tratamiento de salud mental

\_\_\_\_\_ Abuso Infantil y/o Historial de Abuso Domestico

\_\_\_\_\_ Tratamiento de Enfermedades de Transmision Sexual

Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que se firme al menos que yo la revoque por escrito. No tengo la obligación de firmar esta autorización. Es mi responsabilidad informar a Shenandoah Valley Medical System de cualquier cambio en mi información de contacto o números telefónicos. El firmar este documento no establece ninguna condición por parte de *Shenandoah Valley Medical System* para el tratamiento, pago o cumplimiento de requisitos para beneficios.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, firma del representante legal o del familiar autorizado:

\_\_\_\_\_

