



**Monroe Clinic**

**AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Esto no autoriza la publicación de copias de los registros médicos

Nombre de Paciente (or patient label):		Fecha de Nacimiento:
Direccion:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

La terminación de este documento reemplaza (reemplaza/expira) toda la documentación anterior para la comunicación verbal en el archivo.

Nombre	Numero de Telefono	Relacion
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Esta autorización no tiene vencimiento, a menos que se indique lo contrario aquí \_\_\_\_\_ (mes/dia/ano)

**LEA CUIDADOSAMENTE: Autorizo la divulgación verbal de mi información médica.** Esta autorización incluye la divulgación de información sobre consultas psiquiátricas y enfermedades mentales, discapacidades de desarrollo, tratamiento de alcohol o drogas, SIDA o enfermedad relacionada con el SIDA y/o resultados de pruebas de VIH (si aplica), a menos que limite la discusión para excluir las siguientes condiciones médicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA:** \_\_\_\_\_

**\*\*NOMBRE ESCRITO DE PERSONA AUTORIZADA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE FIRMA:** \_\_\_\_\_

\*\*Relacion(si no es uno mismo:)  Guardián legal  Poder legal  Otro \_\_\_\_\_

Si elijo **retirar** esta autorización o tengo alguna pregunta con respecto a este formulario, me pondré en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud de la Clínica Monroe al (608)324-2270.

**Enviar autorización firmada y fechada para comunicación verbal a la Clínica Monroe en:**  
Si envía una autorización, envíe **por correo** a: **Monroe Clinic**, Health Information Management,  
515 22<sup>nd</sup> Avenue  
Monroe, WI 53566

Si envía por **fax** esta autorización, envíe un fax a: 608-324-1148  
Si envía esta autorización por **correo electrónico**, envíe un correo electrónico a: [release.of.information@monroeclinic.org](mailto:release.of.information@monroeclinic.org)



**Monroe Clinic**

**AUTHORIZATION FOR VERBAL COMMUNICATION  
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

This does not authorize release of copies of medical records

Patient Name (or patient label):		Date of Birth:
Address:		Telephone:
City:	State:	Zip Code:

**Completion of this document supersedes (replaces/expires) all past documentation for verbal communication on file.**

Name	Phone Number	Relationship
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**This authorization has no expiration unless otherwise noted here** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yy)

**READ CAREFULLY: I authorize the verbal disclosure of my medical information.** This authorization includes disclosure of information regarding psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, alcohol or drug treatment, AIDS or AIDS-related illness, and/or HIV test results (if applicable) **unless** I limit the discussion to exclude the following medical conditions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SIGNATURE OF PATIENT/AUTHORIZED PERSON:** \_\_\_\_\_

**\*\*PRINTED NAME OF AUTHORIZED PERSON:** \_\_\_\_\_

**DATE SIGNED:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yy)

\*\*Relationship (if other than self):  Legal Guardian  Power of Attorney  Other \_\_\_\_\_

If I choose to **withdraw** this authorization or have any questions regarding this form, I will contact the Monroe Clinic Health Information Management Department at (608) 324-2270.

**Send signed and dated authorization for verbal communication to Monroe Clinic at:**

If **mailing** an authorization, please mail to: **Monroe Clinic**, Health Information Management,  
515 22<sup>nd</sup> Avenue  
Monroe, WI 53566

If **faxing** this authorization, please fax to: 608-324-1148  
If **emailing** this authorization, please email to: [release.of.information@monroeclinic.org](mailto:release.of.information@monroeclinic.org)