

Please print name: _____ Date of Birth _____
Favor de imprimir su nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Acknowledgement of Receipt of Notice
Reconocimiento de Recibo de Aviso

By signing below you are acknowledging that you have received a copy of the Notice of Privacy Practices as required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

En firmando abajo usted reconoce que ha recibido una copia de Aviso de las Prácticas de la Privacidad de Wright Medical Center como requerido por la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996.

Permission for Verbal Disclosure
Permiso para Revelación Verbal

If you would like to give Dr. Gabrielson's staff permission to discuss your care with someone please indicate below.

Si le gustaría dar permiso al personal de Dr. Gabrielson's hablar de su cuidado con alguien favor de indicar abajo.

I, the undersigned, authorize the Gabrielson clinic for Women to verbally disclose my Protected Health Information to the following individual(s) or entities. I understand that this permission only applies to **verbal / spoken** communication to include but not limited to: discussion of my treatment plans, medications, test results, and upcoming procedures. I further understand that disclosure of copies of my medical record, or other written forms of my protected health information, will require my written authorization for each episode of release. This permission will become a permanent part of my medical record.

Yo, el abajo firmante, autorizo Gabrielson Clinic for Women revelar verbalmente mi Información de Salud Protegida a los siguientes individuos o entidades. Yo entiendo que este permiso aplica solamente a comunicación hablada/verbal que incluye pero no limitado a: discusión de planes de mi tratamiento, medicaciones, resultados de pruebas, y procedimientos futuros. Además entiendo que la revelación de copias de mis antecedentes médicos, u otras formas escritas de mi información de salud protegida, requerirá mi autorización escrita para cada episodio de revelación. Este permiso será una parte permanente de mis antecedentes médicos.

Name: _____ Phone # _____
Nombre: _____ Número de Teléfono _____

Relationship: _____
Relación: _____

Name: _____ Phone # _____
Nombre: _____ Número de Teléfono _____

Relationship: _____
Relación: _____

The individual / entity named above may receive oral disclosures about:
El individuo / entidad nombrado arriba puede recibir revelaciones verbales sobre:

All protected health information without restriction.
(Toda información de salud protegida sin restricción.)

Other (specify) _____
Otro (especificar): _____

Permission for Gabrielson Clinic for Women to Leave a Message
Permiso a Wright Medical Center de dejar un mensaje

In order to expedite communication between the clinic and patient, the patient has the option of allowing the clinic personnel to leave messages on their answering machine(s). Please mark all that apply and supply the number for each.

En orden de acelerar comunicación entre la clínica y paciente, el paciente tiene la opción de permitir el personal de la clínica dejar mensajes en la(s) contestadora(s). Favor de marcar todas que aplican y proporcionar el número para cada uno.

No- please do not leave a message on any answering system
(No – favor de no dejar un mensaje en cualquiera contestadora)

Yes- a message may be left on my home answering machine @ Ph# _____
(Sí – puede dejar un mensaje en la contesdadora de mi casa en número de teléfono) _____

Yes- a message may be left on my work answering machine @ Ph# _____
(Sí – puede dejar un mensaje en la contesdadora de mi trabajo en número de teléfono) _____

Yes- a message may be left on my cell answering service @ Ph# _____
(Sí – puede dejar un mensaje en la contestadora de mi celular en número de teléfono) _____

The following information may be left on my answering machine:
La siguiente información se puede dejar en mi contestadora:

Prescription Information
Información de Receta

Appointment Information
Información de Cita

Test Results
Resultados de Pruebas

I understand that while verbal revocations will be accepted a written revocation will be necessary for documentation purposes. Other than revocation, any changes requested will require written notification to Gabrielson Clinic for Women. I also understand that any release made prior to my revocation, which was in compliance with this authorization shall not constitute a breach of my rights to confidentiality.

Yo entiendo que mientras que revocaciones verbales serán aceptadas una revocación escrita será necesaria para el propósito de documentación. Aparte de revocación, cualesquier cambios pedidos requerirán notificación escrita a Gabrielson Clinic for Women. Yo también entiendo que cualquiera revalación hecha antes de mi revocación, cual estaba en conformidad con esta autorización no será constituida una brecha de mis derechos a confidencialidad.

Patient / Legal Representative Signature: _____ Date _____
Firma de Paciente/ Representante Legal: _____ Fecha _____

Relationship if other than patient: _____
Si aparte del paciente, su relación: _____