

**AUTHORIZATION TO DISCUSS MY MEDICAL INFORMATION WITH
 MY PERSONAL REPRESENTATIVES**

Autorización para discutir mi información médica con mis representantes personales

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) restricts us from sharing your personal health care information to others, including most family members without your express written permission. *La ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) nos limita a compartir su información personal de atención médica con otros, incluyendo la mayoría de los miembros de la familia sin su permiso expreso por escrito.*

I authorize Baylor St. Luke's Medical Group's physicians and staff members to discuss medical matters concerning me and my health care with the person named below without me being present. *Autorizo a los médicos y miembros del personal del grupo médico Baylor St. Luke a discutir asuntos médicos concernientes a mí y a mi cuidado de salud con la persona mencionada abajo sin que yo esté presente.*

1.) Authorized Individual: _____ Birth Date: _____
Persona autorizada Fecha de nacimiento

This Person's Relationship to You: Spouse Parent Son/Daughter
La relación de esta persona con usted Cónyuge Padre Hijolhija

Other: _____
Otros

2.) Authorized Individual: _____ Birth Date: _____
Persona autorizada Fecha de nacimiento

This Person's Relationship to You: Spouse Parent Son/Daughter
La relación de esta persona con usted Cónyuge Padre Hijolhija

Other: _____
Otros

3.) Authorized Individual: _____ Birth Date: _____
Persona autorizada Fecha de nacimiento

This Person's Relationship to You: Spouse Parent Son/Daughter
La relación de esta persona con usted Cónyuge Padre Hijolhija

Other: _____
Otros

This authorization is valid for:
Esta autorización es válida para

today only
hoy solamente

between ____/____/____ and ____/____/____
entre y

indefinitely, or until I revoke this authorization in writing.
indefinidamente, o hasta que revocar esta autorización por escrito.

Patient's Signature / Firma del paciente

Print Your Name / Imprime tu nombre

Date / Fecha

Parent's/Legal Guardian's Signature / Firma del padre/guardián legal