



REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Divulgación de su Información Médica: Su información médica y de la comunicación de esa información es esencial para su atención médica. Preferimos hablar directamente con cada paciente, pero entendemos que otras personas de los miembros de la familia pueden tener conocimiento y ayudar a su cuidado. Por favor liste a las personas quien estan autorizados a discutir su cuidado. (NOTA: no podemos hablar de su cuidado con los demás, incluyendo sus cónyuges o a otros miembros de la familia que viven con usted, a menos que esten a listado a continuación).

Nombre de la Persona

Relación con paciente

Confidencial de comunicación: la comunicación entre nuestra práctica y usted, el paciente, es fundamental para su salud. Por favor escriba el número de teléfono(s) en el que podemos comunicarnos con usted.

Domicilio: _____

Trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Otros: _____

Si no tenemos éxito en usted llegar a los números anteriores, por favor enumerar otros que podemos contactar para conseguir un mensaje para llamar a nuestra oficina.

Nombre de la Persona

Número de teléfono

Relación con paciente

Firmas: por la presente autorizo el uso o divulgación de la información personal de salud como se ha descrito anteriormente

Nombre del Paciente(Escrito) : _____

Paciente/tutor Firma : _____

Fecha: ___ / ___ / _____

¿ Autoriza a los miembros autorizados para entrar a su portal de pacientes? Sí o No

