

Paciente:
Fecha de nacimiento:

Fecha de visita:
Número personal:

Autorización para comunicarse

Aprobado por: Director de la Administración de Información Médica
Revisado: 28 de agosto, 2012

Autorizo a Slocum Orthopedics para comunicarse con las personas autorizadas en esta lista con respecto a mi cuidado médico y facturación:

Nombre de la persona autorizada para recibir información:

Relación con el paciente:

Nombre de la persona autorizada para recibir información:

Relación con el paciente:

Nombre de la persona autorizada para recibir información:

Relación con el paciente:

Esta autorización da permiso para entablar una comunicación verbal, pero no permite que una persona autorizada tenga acceso a obtener registros médicos o que firme en representación del paciente. La divulgación de registros médicos requiere que el paciente otorgue una autorización por separado.

Entiendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, a excepción de las acciones que se hayan tomado en virtud de esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización expirará en tres años a partir de la fecha que se firme.

Firma del paciente: _____ Fecha: