

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA QUE LA PRÁCTICA SE COMUNIQUE CON OTROS

_____/_____/_____
Nombre legal del paciente – Primero, Medio inicial, último **Fec. Nac.**

Número de teléfono **Número de teléfono del trabajo**

1. Autorización alternativa de información de contacto

WVCI tiene mi autorización para:

Dejar información médica en mi casa / correo de voz		
teléfono celular		Si No
llámame a mi lugar de trabajo		Si No
Dejar información médica en el correo de voz en mi lugar de trabajo		Si No

2. Familia / Amigos Divulgación de Autorización de Información

Autorizo a WVCI a hablar y divulgar mi información médica a la siguiente persona con respecto a mi atención médica y tratamiento y pago por esos servicios.

_____ Nombre	_____ Relación al paciente	_____ Telefono	_____ Contacto de emergencia (circulo)	Si No
_____ Nombre	_____ Relación al paciente	_____ Telefono	_____ Contacto de emergencia (circulo)	Si No
_____ Nombre	_____ Relación al paciente	_____ Telefono	_____ Contacto de emergencia (circulo)	Si No
_____ Nombre	_____ Relación al paciente	_____ Telefono	_____ Contacto de emergencia (circulo)	Si No
_____ Nombre	_____ Relación al paciente	_____ Telefono	_____ Contacto de emergencia (circulo)	Si No

3. Representante de atención médica

Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, mi responsable sustituto de decisiones se nombra a continuación y WVCI puede comunicarse con esta persona en caso de una emergencia.

Nombre

Relación al paciente

Telefono

4. Validación y Empresa

Entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento notificando a WVCI por escrito. Las revisiones escritas no afectarán ninguna acción tomada en función de este consentimiento antes de que se recibiera la notificación por escrito.

Firma de Paciente

Fecha de Firma

***Si esta autorización está firmada por el representante personal de un paciente en nombre del paciente, complete lo siguiente:**

Nombre del representante personal

Relación al paciente