

## 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. **Tenga en cuenta: Este formulario reemplaza la información proporcionada en formularios anteriores.**

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

### 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 losiguiente:**

Nombre del representante personal

Relación al paciente