

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

Ilámame 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 (círculo)

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