

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