

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA / PERMISO DE CONTACTO

En el evento de que necesitemos contactarlo (paciente) con respecto a su información médica, sobre una cita, resultados de laboratorio/biopsia, medicación, o cualquier otra razón, es permisible divulgar su información:

¿Dejar un mensaje en un contestador/buzón de voz? _____ SI _____ NO

¿Hablar con un cónyuge/pareja? _____ SI _____ NO

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Hablar con otros miembros de familia? _____ SI _____ NO

Nombre(s): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

- O -

YO NO autorizo que mi información médica sea divulgada a nadie _____ (iniciales)

Firma de paciente (o parte responsable)

Nombre IMPRESO de Paciente

Fecha