



AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD
Privacidad del paciente

Por favor enumere a los miembros de la familia y/o a otras personas significativas, si las hubiere, a quienes podamos informar y/o hablar acerca de lo siguiente:

- Su condición médica
- Su diagnóstico
- Su plan de tratamiento(s)
- Su plan de pago(s)

Nombre: _____ Relationship: _____ Teléfono: () _____
Dirección: _____

Nombre: _____ Relationship: _____ Teléfono: () _____
Dirección: _____

Indique si acepta recibir llamadas telefónicas sobre sus citas, visitas de seguimiento, resultados de pruebas, etc.

- Sí - No hay número de teléfono de impresión si es diferente de su casa o número de celular: () _____

¿Se pueden dejar recordatorios de citas en su correo de voz o responder a la machine? • Sí - No

¿Se pueden dejar otros mensajes confidenciales en su buzón de voz o contestador automático? • Sí - No

Paciente / Representante Legal

Relación si no es paciente

Fecha