

**CONSENTA EN EL EMPLEO Y DESCUBRIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD
PARA TRATAMIENTO, PAGO, U OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD**

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____

Entiendo que como la parte de mi atención de salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial clínico, síntomas, examen y resultados de prueba, diagnósticos, tratamiento y cualquier proyecto para el futuro cuidado o el tratamiento.

Entiendo que el Aviso de información de Prácticas de Aislamiento sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- El medio de comunicación entre muchos profesionales de atención de salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- El medio por el cual un pagador de tercero puede verificar que en realidad proporcionaron servicios facturados.
- Un instrumento para operaciones de atención de salud rutinarias como evaluación de calidad de cuidado y repasar la capacidad de profesionales de atención de salud.

Por favor refiérase “al Aviso de Prácticas de Aislamiento” el Folleto, refiérase “a las Restricciones de Petición” la sección.

Solicito las restricciones siguientes al empleo o el descubrimiento de mi información de salud:

La Información médica puede ser hablada con

- Paciente sólo
- Miembro de familia o amigo

Por favor Catalogue Nombre/Relación

- Médico _____
- Otro _____

OTRAS RESTRICCIONES _____

Mensajes detallados en cuanto a resultados de prueba pueden ser dejados sobre el contestador automático

- Sí
- No
- Número de teléfono _____

Solicito Televox Housecalls, un automatizado el recordatorio de cita atiende para verificar todas las futuras citas por

- Mensaje de voz automatizado
- El correo electrónico
- Texto
- Ninguno de los susodichos

PACIENTE:

Firma de Representante Paciente o Legal

Fecha

Firma de Testigo

EMPLEO DE OFICINA SÓLO:

- Aceptado _____
- Negado _____ Firma _____ Título _____ Fecha _____