Wellstar Health System

Designación de Comunicación con el Paciente

La información de este formulario se utiliza para facilitar la comunicación con usted, ya que nos esforzamos para brindarle un excelente servicio. La entrega de esta información es opcional.

Información del paciente *(escriba claramente en letra de imprenta):*

_____ _____
Apellido *Nombre* *Inicial del segundo nombre* *Fecha de nacimiento (mes / día / año)*

_____ _____
Dirección *Apt. n.° o n.° de casilla postal (escriba la dirección de correo completa)* *N.° de historia clínica o n.° del Seguro Social (opcional)*

_____ _____
Ciudad *Estado* *Cód. postal* *N.° de teléfono principal*

Si no podemos contactarnos con usted en el teléfono indicado anteriormente, Wellstar puede comunicarse (incluso dejar mensajes) para recordarle citas o informarle sobre resultados de exámenes de laboratorio **normales** al (los) siguiente(s) número(s):

_____ _____ _____
Número del trabajo *Número de teléfono celular* *Otro número de teléfono*

Autorizo a Wellstar Health System a divulgar la información de salud protegida a las siguientes personas:

☐ Cónyuge: _____
Nombre *Número de teléfono*

☐ Hijo(s): _____
Nombre *Número de teléfono*

_____
Nombre *Número de teléfono*

☐ Otros: _____
Nombre *Número de teléfono*

Información que se divulgará

☐ Toda la información médica ☐ Resultados de exámenes de laboratorio ☐ Toda la información acerca de facturas o cuentas

Declaración de autorización: *Comprendo que la información de salud protegida (PHI) que se use o se divulgue en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que los receptores la vuelvan a divulgar y que, en ese caso, ya no estará protegida por las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autotización en cualquier momento. Comprendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación en el emplazamiento de Wellstar donde recibí la atención. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya utilizado o divulgado en respuesta a esta autotización. Comprendo que Wellstar no puede pedirme que firme esta autotización como condición para recibir tratamiento a menos que el único propósito de proveer atención de salud sea crear información de salud protegida para una tercera persona autorizada legalmente a recibir esa información. Comprendo que se me entregará una copia de este formulario.*

Firma y fecha: *(fecha de autorización firmada por el paciente, el tutor legal o representante personal)*_____
(Mes/día/año)

_____ _____
Nombre del paciente, el tutor legal o representante personal en letra de imprenta *Firma del paciente, el tutor legal o representante personal*

_____
Indique la relación con el paciente (obligatorio)

Fecha de vencimiento: *Esta autorización es válida hasta que se entregue una notificación por escrito para revocarla.*