

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 o n.º de casilla postal (escriba la dirección de correo completa)			N.º de historia clínica o n.º del Seguro Social (opcional)
Ciudad	Estado	Cód. postal	N.º 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:

<input type="checkbox"/> Cónyuge:	Nombre	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Hijo(s):	Nombre	Número de teléfono
	Nombre	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> 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 autorización 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 autorización. Comprendo que Wellstar no puede pedirme que firme esta autorización 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.

