

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____



CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN MÉDICA

Yo doy permiso para que St. Luke's University Health Network y sus afiliados ("St. Luke's") hablen sobre mi estado de salud, atención y necesidades con mis familiares o amigos que se detallan a continuación. Estas personas desempeñan alguna función en mi atención, ya sea al ayudarme directamente u ofrecermelo apoyo a mí y a mis familiares. Este permiso no les da a las siguientes personas la autoridad para tomar decisiones de atención médica por mí ni les proporciona acceso a mi historia clínica:

Nombre	Relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo entiendo que, de acuerdo con la legislación federal que protege la privacidad del paciente, el personal clínico y los médicos de St. Luke's pueden usar su criterio médico profesional para revelar mi información médica en caso de urgencias y según sea necesario y en la medida en que la ley lo permita.

Acepto que St. Luke's se comunique conmigo a través de alguno de los siguientes medios:

Teléfono del hogar: Sí No _____

St. Luke's puede dejarme un mensaje de voz Sí No

Teléfono del trabajo: Sí No _____

St. Luke's puede dejarme un mensaje de voz Sí No

Teléfono celular: Sí No _____

St. Luke's puede dejarme un mensaje de voz Sí No

St. Luke's puede dejar un mensaje de texto Sí No

Correo electrónico personal: Sí No _____

Correo electrónico del trabajo: Sí No _____

Acepté notificar a St. Luke's si cambia algo de la información que proporcioné anteriormente.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí mediante una notificación por escrito a la práctica médica en la que soy paciente, administrador de la práctica de atención. Entiendo que mi revocación no será efectiva hasta que el personal de St. Luke la reciba.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE IMPRESO

FECHA

HORA

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE

NOMBRE IMPRESO

FECHA

HORA