CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN MÉDICA

Si le gustaría liberar información a otra persona además de usted mismo, por favor complete la siguiente información. Liste los nombres de la persona autorizada:

Nombre	**Parentesco**	
_____	_____	(contacto principal)

Para ayudar a su equipo del cuidado de la salud a que se enfoque en proveer el major cuidado para nuestros pacientes, le pedimos que su contacto primcipal designado mencionado anteriormente sea la ÚNICA persona que pida los reports de actualización acerca de su condición mientras que usted sea un paciente en nuestra institución.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al presenter una revocación por escrito.

En casos de emergencia, de acuerdo a las Reglas de Privacidad de HIPAA, el personal clinic usando su propio juicio puede liberar información como lo juzgue necesario.

Autorizo al St. Luke's University Health Network para que deje información médica acerca de mi cuidado siguiendo los siguiente métodos y asumiré l a responsabilidad de notificar al personal del St. Luke's University Health Network cuando cambie la información.

Teléfono Casa:	□ **SI**	□ **NO**	_____
Máquina Contestadora:	□ **SI**	□ **NO**	_____
Teléfono Trabajo:	□ **SI**	□ **NO**	_____
Buzón de Mensajes:	□ **SI**	□ **NO**	_____
Teléfono Celular:	□ **SI**	□ **NO**	_____
Pager:	□ **SI**	□ **NO**	_____

_____ _____ _____
Firma del Paciente Fecha Hora

_____ _____ _____
Firma de la Persona Autorizada Fecha Hora

_____
Parentesco

□ No puede firmar porque: _____

Staff Signature:_____ Date: _____ Time: _____