



AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Yo autorizo a Health Ministries Clinic que comparta mi información de salud personal con la(s) siguiente(s) persona(s). Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que en cuanto mi información sea divulgada, puede ser divulgada por el recipiente, y la información puede que no sea protegido por las leyes y regulaciones Federales de privacidad. Yo entiendo que este consentimiento estará efectivo hasta que sea cancelado por escrito.

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | FECHA DE NACIMIENTO: |
|-------------------------|-----------------------------|

Comunicarse Solo Conmigo ¿Si no está disponible le podemos dejar un mensaje de voz? Si No

¿Si no está disponible, con quien nos podemos comunicar? (Marqué todo el que apliqué)

| | | | | | | |
|----------------|------------------|------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |

| | | |
|---|---------------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del Paciente o del Representante Legal | Relación con el Paciente | Fecha |



AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Yo autorizo a Health Ministries Clinic que comparta mi información de salud personal con la(s) siguiente(s) persona(s). Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que en cuanto mi información sea divulgada, puede ser divulgada por el recipiente, y la información puede que no sea protegido por las leyes y regulaciones Federales de privacidad. Yo entiendo que este consentimiento estará efectivo hasta que sea cancelado por escrito.

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | FECHA DE NACIMIENTO: |
|-------------------------|-----------------------------|

Comunicarse Solo Conmigo ¿Si no está disponible le podemos dejar un mensaje de voz? Si No

¿Si no está disponible, con quien nos podemos comunicar? (Marqué todo el que apliqué)

| | | | | | | |
|----------------|------------------|------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud | <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Todo |

| | | |
|---|---------------------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del Paciente o del Representante Legal | Relación con el Paciente | Fecha |