

Consentimiento a Revelar Información Médica

18 Años o Mayor

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

INDIVIDUOS AUTORIZADOS

Nombre Completo del Individuo Autorizado

Relación al Paciente

1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____

HE ACEPTADO DEJAR QUE CIERTOS INDIVIDUOS PARTICIPEN EN CONVERSACIONES Y DECISIONES RELACIONADAS CON MI CUIDADO MÉDICO. POR LO TANTO, POR LA PRESENTE LE DOY MI PERMISO A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM REVELAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL A LOS INDIVIDUOS EN LA LISTA ARRIBA.

POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES EN LA REVELACIÓN ABAJO:

- _____ LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM PUEDE REVELAR MI INFORMACIÓN MÉDICA A LOS INDIVIDUOS EN LA LISTA CUANDO NO ESTOY FÍSICAMENTE PRESENTE, INCLUSO REVELACIONES POR TELÉFONO, FACSIMIL, CORREO ELECTRÓNICO O CORREO NORMAL
- _____ RENOVAR/RECOGER MEDICAMENTOS
- _____ LLAMAR PARA CONSEJO MÉDICO
- _____ HACER/CANCELAR CITAS
- _____ RECOGER FORMULARIOS COMPLETADOS

(LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM NO REVELARÁ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AL MENOS QUE SEA NECESARIO MÉDICAMENTE)

POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES ABAJO PARA AUTORIZAR LA REVELACIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- _____ EVALUACIÓN/TRATAMIENTO PARA ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS
- _____ EVALUACIÓN/TRATAMIENTO PARA VIH/SIDA/ETS
- _____ EVALUACIÓN/TRATAMIENTO PARA SALUD PSIQUIÁTRICA/MENTAL

ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO POR AVISO ESCRITO A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM.

CPS SOLAMENTE

PCP _____

R _____ D _____

Firmado por _____ Fecha _____



Salem Pediatric Clinic

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com