

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

UNIVERSITY MEDICAL CENTER
(Referido en adelante como UMC)

FORMA DE CONSETIMIENTO DE COMUNICACIÓN AL PACIENTE

Yo estoy de acuerdo en que UMC me contacte en los siguientes métodos en relación a mi información de salud privado, evaluación y tratamiento. Yo autorizo a UMC dejar mensajes para mí cuando no estoy disponible.

METODO	NUMERO/DIRECCION	MENSAJES (SI O NO)
_____ Tel de Casa	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Tel Celular	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Tel de Trabajo	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Mensajes de Texto	(____) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____ Portal del Paciente	Se requiere registrar (pregunte a su enfermera que lo registre para ese servicio gratis). _____@_____	

Correo electrónico es únicamente para registrar en el Portal del Paciente
No mande mensajes al paciente solo que sea por el Portal del Paciente.

Preguntas de Seguridad: Cual es el apellido de su mama? _____

Cuál es el nombre de su mejor amigo infantil? _____

Cuál era la marca de su primer carro? _____

Yo autorizo a UMC y su personal médica a discutir mi información médica (la cual puede incluir historia, diagnosis, laboratorios, resultados de exámenes, tratamientos y otra información médica) con los contactos abajo.

Yo entiendo que si dejo los espacios en blanco estoy indicando que mi decisión es "No Información" y yo no quiero información mía dada a otra persona.

Yo entiendo que al dejar espacios en blanco que le indico que no quiero ninguna información dada a conocer a otra persona

NOMBRE	RELACION AL PACIENTE	INFO DE CONTACTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorizo a la siguiente persona(s) a recoger recetas. (Por favor, consulte el Formulario de Sustancias Controladas)

CONTACTO DE EMERGENCIA UNICAMENTE -

NOMBRE: _____

Teléfono: _____

Con mi firma abajo reconozco que he leído y entiendo las **Guías de Comunicación al Paciente** e información dado en esta forma de consentimiento. Yo entiendo el riesgo que hay con diferentes formas de comunicación, y consiento a los condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente dados en la Guía igual a cualquier otro instrucción UMC imponga.

Nombre del Paciente escrito

Fecha

Paciente/Firma Autorizado

Relación al paciente