

MidState
PULMONARY

Breathe. Sleep. Heal.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Los doctores Tyson, Peacock, Carpenter, Capizzi, Pritchett, Atwater, Phillips, Ferrell, Burk, Kha, Wigger y/o un miembro del personal de su consultorio pueden divulgar información médica a una persona específica que no sea yo.

Sí No En caso afirmativo, indique a continuación las personas autorizadas y su relación con usted.

Persona autorizada

Relación

Solo las personas mencionadas anteriormente podrán recibir su información médica.

2. ¿Qué información médica se puede divulgar?

Resultados de laboratorio Sí No

Resultados de rayos X Sí No

Medicamentos Sí No

Estado médico Sí No

Fechas/horas de citas Sí No

3. Si necesitamos comunicarnos con usted con respecto a su cita y obtenemos su contestador automático, ¿podemos dejar un mensaje en su máquina? Sí No

Si alguien más contesta el teléfono, ¿podemos dejar un mensaje? Sí No

¿Podemos llamarte a tu celular? Sí No Teléfono móvil # _____

4. ¿Cuál es el mejor número de teléfono para que llamemos con los resultados de la prueba?

Teléfono # _____

5. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, ¿podemos enviarle sus resultados por correo?

Sí No En caso afirmativo, ¿a qué dirección desea que enviemos los resultados?

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación con la paciente: _____