

MidState  
PULMONARY

Breathe. Sleep. Heal.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Los doctores Tyson, Peacock, Carpenter, Capizzi, Pritchett, Atwater, 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: \_\_\_\_\_