



Coloque la etiqueta aquí

Formulario de autorización interno de consentimiento
para tratamiento y divulgación de información
Uso interno

Este formulario otorga al paciente o al padre o tutor legal del paciente la capacidad de autorizar a que una persona acompañe al paciente a su cita y dé su consentimiento de tratamiento si el padre o tutor legal no está presente en la cita, considerando que HealthFirst Bluegrass cuenta con un modelo de atención de salud integrado.

POR MEDIO DEL PRESENTE, YO, _____, AUTORIZO A HEALTHFIRST BLUEGRASS A PERMITIR QUE LA PERSONA MENCIONADA A CONTINUACIÓN FIRME UN CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE TODA INFORMACIÓN MÉDICA QUE INCLUYA, ENTRE OTROS, LO SIGUIENTE: EVALUACIONES, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS, ANÁLISIS DE LABORATORIO, RECETAS MÉDICAS, EXÁMENES, ETC. PARA EL PACIENTE INDICADO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

SE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA EN CADA VISITA.

Comprendo que la presente autorización estará vigente por 1 año; sin embargo, puedo terminar o revocar esta autorización en cualquier momento al presentarme en HealthFirst y completar un formulario nuevo.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: _____

O <si corresponde>

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: _____ Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TESTIGO: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____