



Consentimiento de comunicación del paciente

PARA IMPRIMIR

I, _____
(Nombre del paciente o el tutor)

(Fecha de nacimiento)

Por la presente, solicito a AMITA Health que mantenga la confidencialidad en las comunicaciones relativas a mi estado de salud cumpliendo las siguientes solicitudes de comunicación:

Pueden ponerse en contacto conmigo en:

Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Extensión _____

Número de teléfono móvil: _____ Pueden comunicarse conmigo por mensaje de texto.

Correo electrónico: _____

No me llamen por teléfono. Yo me encargo de comunicarme con la clínica. _____

Si no estoy disponible en el momento de su llamada: *Puede dejar un mensaje e información médica en mi contestador automático o en mi buzón de voz:*

En casa: Sí No

En el trabajo: Sí No

Teléfono móvil: Sí No

No deje información médica en mi contestador ni en mi buzón de voz.

También puede dejar mensajes a las siguientes personas y comentar con ellas la información médica:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Sólo deben enviar la información al paciente, al tutor o a mí.

SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGANSE EN CONTACTO CON:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____