



Account #: \_\_\_\_\_

**Formulario de consentimiento de contacto**

Su información médica protegida es confidencial y está protegida por Doctors Care.

Indíquenos cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted:

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ Mensaje detallado S / N  
Mensaje breve S / N

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ Mensaje detallado S / N  
Mensaje breve S / N

**Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_ Mensaje detallado S / N  
Mensaje breve S / N

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Esto no lo registrará en el Portal del paciente. No enviaremos información médica protegida a esta dirección de correo electrónico.

Denos los nombres a continuación de las personas a las que desea que se divulgue la información médica suya o de su hijo:

**Nombre / Número de teléfono / Relación:** \_\_\_\_\_ Mensaje breve S / N  
Mensaje detallado S / N

**Nombre / Número de teléfono / Relación:** \_\_\_\_\_ Mensaje breve S / N  
Mensaje detallado S / N

Autorizo y solicito a Doctors Care que divulgue información y obtenga información de las siguientes personas. Esta información podría incluir el registro médico completo, recordatorios de citas, estado de las referencias a especialistas, documentación pertinente, resultados de laboratorio, historial y examen físico, notas de progreso, resumen de papeles de alta, radiografías / informes, registro de facturación, facturas detalladas y documentos financieros requeridos para un programa. Esta no es una autorización para que esta persona dé su consentimiento para el tratamiento o acompañe a un menor durante una visita. Entiendo que puedo cambiar esta información en cualquier momento y que esta autorización vencerá dentro de un año.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma (paciente o padre / tutor si es menor de edad)**