

## Formulario de instrucciones especiales de contacto y designación de apoderado para temas médicos - Pacientes menores, de 0 a 14 años

Paso 1	<p>Nombre del paciente _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____ Médico _____ Historia clínica N.º _____  <small>(solo para uso del consultorio)</small></p> <p>Por el presente documento, autorizo a <b>Stormont Vail Health / Cotton O'Neil</b> y sus representantes a tratar los temas relacionados con mi atención y tratamiento, los arreglos para mi atención y tratamiento o los pagos de mi atención y tratamiento con las personas mencionadas abajo, quienes participarán en mi atención durante el tiempo que se determina a continuación. Entiendo que el proveedor posiblemente necesite una comunicación más específica de ciertos datos.</p> <p><b>Esta autorización permanecerá vigente durante un período de:</b>    <input type="checkbox"/> Un mes                      <input type="checkbox"/> Hasta los 15 años de edad</p> <p>Solo para la prueba o el procedimiento especificado _____</p> <p><b>Además, al marcar la casilla de MyChart® para cada persona incluida en la lista, por el presente documento autorizo a Stormont Vail Health / Cotton O'Neil y sus representantes a permitir el acceso a MyChart® a las personas mencionadas abajo, que participan en mi atención, de acuerdo con la Política de activación y terminación de Stormont Vail MyChart®. Entiendo que el acceso del apoderado a MyChart® permanecerá vigente hasta que yo notifique a Stormont Vail Health / Cotton O'Neil sobre cualquier cambio que haya introducido en esta lista.</b></p>
--------	--

**Tenga a bien llenar el formulario en letra de imprenta. Debe incluir toda la información requerida.**

Paso 2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Vía MyChart®</th> <th style="width: 10%;">Vía telefónica</th> <th style="width: 30%;">Quiénes pueden acceder a mis datos: Nombre y dirección</th> <th style="width: 15%;">Fecha de nacimiento</th> <th style="width: 15%;">Número de teléfono (con código de área)</th> <th style="width: 20%;">Relación (sin abreviaturas)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Vía MyChart®	Vía telefónica	Quiénes pueden acceder a mis datos: Nombre y dirección	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (sin abreviaturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Vía MyChart®	Vía telefónica	Quiénes pueden acceder a mis datos: Nombre y dirección	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (sin abreviaturas)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Correo electrónico:												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Correo electrónico:													

Paso 3	<p><b>Entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil mi deseo de revocar o modificar esta solicitud. Stormont Vail Health/Cotton O'Neil hará todos los esfuerzos razonables para satisfacer esta solicitud. A menos que se especifique lo contrario, este formulario reemplazará a todos los precedentes.</b></p> <p>Firma del padre/madre/representante (obligatoria) _____ Fecha _____ Hora _____</p>
	<p><b>*NOTA:</b> Si la firma pertenece a uno de los padres o a un representante personal, debe verificarse la documentación que respalda la autoridad legal de esa persona y se la debe colocar en la historia clínica. Por ejemplo: Cartas de tutela; Poder duradero para tomar decisiones de atención médica. Escriba el nombre de la persona en letra de imprenta, y registre la relación con el paciente:</p> <p>(Nombre en letra de imprenta) _____ (relación) _____</p> <p>Verificación del personal _____ Depto. _____ Fecha _____</p>

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

## Formulario de instrucciones especiales de contacto y designación de apoderado para temas médicos - Continuación

**Tenga a bien llenar el formulario en letra de imprenta. Debe incluir toda la información requerida.**

	Vía MyChart®	Vía telefónica	Quiénes pueden acceder a mis datos: Nombre y dirección	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (sin abreviaturas)	
Paso 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Correo electrónico:						