

Instrucciones especiales de contacto - Pacientes adultos

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 Stormont Vail Health / Cotton O'Neil 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>Esta autorización permanecerá vigente durante un período de:</p> <p>Solo para la prueba o el procedimiento especificado _____</p> <p><input type="checkbox"/> Un mes <input type="checkbox"/> Tres años <input type="checkbox"/> Otro _____</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%; text-align: center;">Vía MyChart®</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Vía telefónica</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Quiénes pueden acceder a mis datos:</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Fecha de nacimiento</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Número de teléfono (con código de área)</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Relación (sin abreviaturas)</th> </tr> </table>	Vía MyChart®	Vía telefónica	Quiénes pueden acceder a mis datos:	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (sin abreviaturas)
	Vía MyChart®	Vía telefónica	Quiénes pueden acceder a mis datos:	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (sin abreviaturas)	
	<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="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<p>Correo electrónico: _____</p>						
	<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="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>Correo electrónico: _____</p>							
<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="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>Correo electrónico: _____</p>							

Paso 3	<p>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.</p> <p>Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____</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:						