



Nombre

Fecha de nacimiento

MRN

ACUERDO PARA RECIBIR MENSAJES QUE CONTENGAN INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Por la presente, autorizo a

Nombre del Médico o su designado

a dejar un mensaje que contenga PHI necesaria para mi atención de la siguiente manera (MARQUE UNA OPCIÓN):

En mi correo de voz en casa Y con un contacto autorizado.

SOLO en mi correo de voz en casa: _____

SOLO en mi correo de voz móvil: _____

Firma

El representante personal debe firmar solo si el paciente es menor de edad o incapaz de firmar en su propio nombre.

Nombre en letra de imprenta

Firma del paciente o del representante autorizado

Nombre del representante autorizado

Relación con el paciente

Fecha