

Autorización para divulgar información médica confidencial

Yo, _____, Fecha de Nacimiento _____
Letra Molde

autorizo al personal del Chicago Health Medical Group para coordinar la divulgación de información médica de la siguiente manera:

Chicago Health Medical Group puede dejar mensajes en el contestador automático de mi casa acerca de los resultados de mis pruebas. SI NO

Chicago Health Medical Group puede dejar mensajes en el contestador automático de mi casa acerca de las próximas citas o asuntos sobre citas futuras. SI NO

Chicago Health Medical Group puede contactarme mediante el sistema telefónico de mensajes para facturaciones o cuestiones de seguro médico. SI NO

Chicago Health Medical Group puede contactarme mediante el sistema telefónico de mensajes para citas de seguimiento o cambio de citas. SI NO

Por favor enliste miembros de familia u otros que puedan estar involucrados en coordinar su cuidado o pago de su cuidado. También, por favor indique qué tipo de información se puede compartir con cada individuo.

Nombre	Relación	Todo	Hacer cita/ Citas	Médico	Pagos/ Seguro Médico
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Continuaremos dependiendo de la información en esta forma cuando nos comuniquemos con usted y con miembros de su familia u otros involucrados en su cuidado, al menos que usted haga cambios. Por favor, informe inmediatamente a la oficina de su doctor si desea cambiar las asignaciones subrayadas arriba.

Firma del paciente/ Guardián

Representante Legal: _____ Fecha: _____