

Trinity Pediatrics, P.C.

Designación del formulario de divulgación

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

❖ Deseo ser contactado de la siguiente manera (marcar todos los que apliquen)

Comunicación Verbal	Comunicación Escrita
Teléfono de casa/celular _____ _____	__Si, puede mandar por escrito a mi dirección _____
__Si, puede dejar un correo de voz detallado	_____
__Si, un correo de voz con numero de regreso	__Si, puede mandar por escrito a mi trabajo _____
Telefono de trabajo _____	_____
__Si, puede dejar un mensaje detallado	Numero de Fax _____
__Si, un mensaje con numero de regreso	Correo Electrónico _____

❖ Designación de divulgación

Yo doy permiso a que Trinity Pediatrics, P.C. revele cierta información acerca de mi salud a un pariente, amigo(a) cercano u otra persona, porque esta(s) persona(s) pueden estar involucrados con mi salud o pagos asociados con mi salud.

Yo nombro a las siguientes personas como personas involucradas en mi salud o pagos asociados con mi salud para que Trinity Pediatrics, P.C. pueda revelar lo necesario como lo que a sido previamente escrito.

Yo entiendo que no estoy obligado(a) a designar a alguien y puedo cambiar mi decisión a cualquier momento por escrito.

Nombre	Relación al Paciente	# telefónico
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Firma del guardian del paciente o tutor _____

Nombre de guardián o tutor _____

Fecha _____