

ENGLEWOOD HEALTH

PHYSICIAN NETWORK

DESIGNACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS Y CUIDADORES A RECIBIR LA INFORMACIÓN NECESARIA RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Estoy de acuerdo que Englewood Health Physician Network puede revelar ciertas partes de mi información médica a un miembro de la familia, amigo familiar u otro cuidador porque tal persona está involucrada con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica.

MD Partners revelara solamente la información que es directamente relevante a la participación de la persona con mi atencion medica o pago relacionado con mi atención médica.

Firma del paciente/custodio: _____ Fecha: _____

☐ Opto por no designar a ninguna persona en este momento.

☐ Designo a los siguientes contactos nombrados como personas involucradas con mi atención médica o pago relacionado a mi cuidado de salud para Englewood Health Physician Network hagan las revelaciones limitadas descritas anteriormente.

Yo entiendo que no estoy obligado a nombrar a alguna persona, y puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____

Nombre de contacto: _____

Fecha de nacimiento de contacto (requerido): _____

Relación: _____