

**PF – 5000**  
**AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR**  
**LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO (firmado original para ser colocados en la central registro médico atención y copia al paciente)

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>
Nombre : _____
Fecha de cumpleaños: _____
S.S. #: _____
Historia Médico/Cuenta#: _____

Nombre oficina: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____
Número de fax: _____
Nombre Médico: _____

Enumere cualquier miembros de la familia u otras personas que pueden participar en la coordinación de su cuidado o pago por el cuidado. También, indicar qué tipo de información puede ser compartida con cada individuo.

**TIPO DE INFORMACIÓN**

NOMBRE:	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TODAS	Programación/ Cita	Médico	Facturación / Seguro

**Instrucciones o limitaciones específicas:** \_\_\_\_\_

Código de validación: \_\_\_\_\_ (Por favor dar esto a cualquier persona que pueda estar involucrado en la coordinación de su cuidado o el pago por el cuidado. Se les pedirá dar este código a nuestro personal antes de divulgar información sobre el teléfono.)

Vamos a seguir confiando en la información en este formulario cuando comunicarse con miembros de la familia y otros involucrados en su cuidado a menos que usted solicite cambios.

**Usted está autorizando a los enumerados para recibir su información de salud protegida.**

Por favor notificar consultorio de su médico si desea modificar las denominaciones anteriores.

Firma del Representante Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_