

Printed Name _____

Date of Birth _____

HAR # _____ E# _____

Consentimiento de Comunicación de Bellin Health

Doy mi permiso a Bellin Health para comunicar con la(s) persona(s) siguiente(s) con respecto a:

Nombre: Escuela _____ Parentesco: Personal de la escuela _____ Número: Teléfono de la escuela _____

- Información de facturación y pago
- Manejo de citas, incluyendo agendar, cancelar, y re-programar citas
- Información médica, incluyendo diagnóstico, resultados, y planes de tratamiento

Nombre: EJ. NOMBRE (PADRE, TUTOR, ABUELO) _____ Parentesco: EJ. MADRE, PADRE, ETC _____ Número: Número de teléfono _____

- Información de facturación y pago
- Manejo de citas, incluyendo agendar, cancelar, y re-programar citas
- Información médica, incluyendo diagnóstico, resultados, y planes de tratamiento

Nombre: EJ. NOMBRE (PADRE, TUTOR, ABUELO) _____ Parentesco: EJ. MADRE, PADRE, ETC _____ Número: Número de teléfono _____

- Información de facturación y pago
- Manejo de citas, incluyendo agendar, cancelar, y re-programar citas
- Información médica, incluyendo diagnóstico, resultados, y planes de tratamiento

Declino, ninguna comunicación a otra(s) persona(s) a parte de yo mismo/a o guardián legal.

Estas comunicaciones pueda que ocurran cuando la(s) persona(s) identificada(s) este(n) conmigo a mi cita, o hace(n) comunicación para yo por teléfono, correo electrónico u otro método electrónico.

Doy permiso al Sistema Bellin Health para hacer contacto conmigo en mi teléfono celular, del hogar y/o trabajo con mensajes pre-grabados, mensajes de voz artificial, sistema automático de marcar números de teléfono, u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto o por algún otro tipo de comunicación electrónica, basado en mis preferencias. Tarifas estándares de mensajes puede que apliquen.

Esta forma de divulgación tiene efecto hasta está cambiado o revocada por yo mismo/a. Solo yo puedo cambiar quien está nombrado en este formulario para comunicarse con Bellin Health sobre mi información médica. Al tiempo del cambio o revocación, un formulario nuevo estará completado por mi mismo. Contactos de emergencia no están incluidos en este consentimiento.

Entiendo que la divulgación de copias de mi record médico requiere una autorización específica firmada por yo o mi representante legal.

Firma: _____
Fecha: _____

(Paciente o persona legalmente autorizada al firmar para paciente)

Nombre en letra de molde: _____