



Imprima la siguiente información y tenga su tarjeta de seguro o su identificación legal con foto disponible para que el representante del servicio de atención al paciente pueda escanearla.

PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO

Acuerdo que St. Elizabeth Physicians, entre ellos cualquier departamento de servicio central de St. Elizabeth Physicians, pueden revelar mi información médica* en cualquier momento a las siguientes personas que participan en mi cuidado:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Reconozco que las personas mencionadas arriba participan en mi cuidado médico o su pago. La información médica* incluye resultados de pruebas, información de resurtido de recetas médicas, programación y cancelación de citas e información de facturación. **No** se incluye la información sobre el tratamiento por trastorno por consumo de sustancias, condiciones o tratamientos psiquiátricos o psicológicos, tratamiento médico para mujeres y resultados de pruebas y tratamiento para enfermedad de transmisión sexual. Entiendo que este consentimiento se puede revocar en cualquier momento contactando a St. Elizabeth Physicians. Además comprendo que nada en este consentimiento tiene la intención de limitar o alterar la capacidad de St. Elizabeth Physicians de revelar información médica a personas que no se incluyen en este formulario conforme a la ley vigente.

Firma X _____
(Firma del paciente o del representante del paciente)

Fecha _____

Testigo _____