



Dr. Katherine Boyd - Aquia Ward, RN, WHNP-BC

Forma Alternativa de Contactos

Nosotros en “A Woman’s View Women’s Healthcare” tomamos su confidencialidad médica muy en serio. Nosotros no podemos liberar información sin su autorización escrita.

Esta autorización nos permite a nosotros de hablar con individual(s) que usted nombre en caso de que usted no este disponible para recibir llamadas de teléfono o usted tiene un miembro adulto que le ayuda a coordinar la atención médica. No debe designar a su doctor médico.

Como parte de nuestra póliza de privacidad al paciente, no vamos a reveler cualquier información de su salud con cualquier otra persona a menos que usted autorice específicamente abajo:

___ **Yo no autorizo** a cualquier persona para recibir informacion con respecto a mi atención médica.

___ **Yo autorizo** a mi doctora y su empleados de la clinica para hablar con:

1. Persona: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

*Nombramientos *Cuenta/Billes *Resultados de laboratorio *Resultados Medicos *Cuidado Medico

2. Persona: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

*Nombramientos *Cuenta/Billes *Resultados de laboratorio *Resultados Medicos *Cuidado Medico

3. Persona: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

*Nombramientos *Cuenta/Billes *Resultados de laboratorio *Resultados Medicos *Cuidado Medico

Esta autorización permanecerá en efecto a menos que cambie por mí, mientras yo soy un paciente en esta oficina. Es mi responsabilidad de notificar a esta oficina de los cambios y para completar un nuevo formulario.

Estoy de acuerdo en que si deseo revocar esta autorización, voy a dar aviso por escrito.

Firma del PacienteX _____ Fecha _____