



Will County
Health Department &
Community Health Center

**CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Deseo que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda)

- Teléfono de la casa** _____
- Dejen el mensaje con información detallada
- Dejen el mensaje solo con el número para devolver la llamada
- Dejen el mensaje de que "Grace" llamó. Usen un nombre de código: Grace (para informar que llamó el WCCHC)

- Teléfono del trabajo** _____
- Dejen el mensaje con información detallada
- Dejen el mensaje solo con el número para devolver la llamada
- Dejen el mensaje de que "Grace" llamó. Usen un nombre de código: Grace (para informar que llamó el WCCHC)

- Número de teléfono celular** _____
- Dejen el mensaje con información detallada
- Dejen el mensaje solo con el número para devolver la llamada
- Dejen el mensaje de que "Grace" llamó. Usen un nombre de código: Grace (para informar que llamó el WCCHC)

Comunicación escrita (debemos tener una forma de comunicarnos con usted por escrito si es necesario)

Seleccione una forma:

- Por correo a mi domicilio: _____

Formulario de consentimiento para comunicación con el paciente

Página 2

Por correo a mi dirección de trabajo u oficina: _____

Por correo electrónico a esta dirección: _____

Doy permiso a los proveedores y al personal del Centro de Salud Comunitario del Condado de Will para que discutan mi información con:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Información sin restricciones sobre mi atención médica

Información sin restricciones sobre mi facturación y seguro

Mi información de atención médica y facturación/seguro con las siguientes restricciones (por ejemplo, información de salud conductual, ETS):

En caso de emergencia, comuníquense con:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

La autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una solicitud por escrito del paciente para cancelarla.