



Nuestra nota de Practicas Privadas tiene información sobre como nosotros podemos usar y revelar su información médica. Usted tiene el derecho de repasar esta nota antes de firmar este consentimiento. Los términos pueden cambi; y si cambiamos nuestra nota, usted puede pedir una copia al contactar Fort Worth ENT.

Tiene el derecho de pedir como podemos restringir su información de salud protegida para su tratamiento, pago, y operaciones de cuidado médico. Es necesario que estemos de acuerdo con estar restricción.

Al firmar esta forma, nos está dando consentimiento en cómo usar su información protegida de salud para tratamiento pagos, y operaciones de salud medica. Su información será revelada a su compañía de aseguranza y su doctor para propósito de paga, y agencias de reportaje. Usted tiene el derecho de negar este consentimiento por escrito, excepto donde su información ya haiga sido revelada anteriormente.

En el evento que un miembro de mi familia a la persona responsable de mi cuidado médico este en el cuarto en el tiempo de mi evaluación y/o tratamiento, le doy permiso a Fort Worth ENT, a sus doctores y a sus empleados para discutir libremente mi condición, tratamiento y diagnostico.

¿Le podemos hablar a usted y/o dejar mensaje a los siguientes números?

Tel. de Hogar _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

Tel. de Trabajo _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

Celular _____ ¿Podemos dejar mensaje? Si / No

¿Le podemos mandar información de su cuidado médico por correo? Si / No

Cualquier y toda información médica puede ser revelada a :

1. _____ Parentesco _____
2. _____ Parentesco _____
3. _____ Parentesco _____

Nombre del Paciente _____

Nombre de Guardián _____

Firma del Paciente o Guardian _____

Fecha _____