

A Northside Network Provider

English - Spanish

[OPTIONAL FORM – NOT REQUIRED TO BE COMPLETED]
 [ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL. NO ES REQUISITO LLENARLO]

| | |
|---|--|
| Name of Patient: _____ Nombre del paciente: _____ | Phone #: _____ N° de tel.: _____ |
| Address: _____ Dirección: _____ | Patient's Date of Birth: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ |
| | Date: / Fecha: _____ |

Como paciente tiene la opción de designar ya sea su cónyuge, miembros de su familia, amigos u otras personas con quien el consultorio pueda comunicarse sobre su estado de salud. Será necesario llenar un formulario nuevo en cada uno de los consultorios médicos de Northside donde sea atendido. Aunque este formulario no es obligatorio en todas las circunstancias, para que el médico u otras personas en Northside se comuniquen con su familia acerca de su estado de salud, puede designar ciertas personas a quienes quiera se les informe sobre su atención. Este formulario asegurará de que el médico se comunique con aquellas personas que usted ha designado.

Para servirle de la mejor forma posible, si usted cree que va a necesitar o querer que se les dé información verbal a los miembros de su familia, amistades o cuidadores expréselo a continuación. Al firmar, usted autoriza a las siguientes personas para recibir información verbal sobre su salud, conforme a lo solicitado, en relación a su atención y tratamiento. La actualización de este formulario debe hacerse en persona. Firmar este formulario es totalmente voluntario y opcional. Este formulario no autoriza entregar copias de su historia clínica.

| First and Last Name / Nombre y apellido | Relationship: / Relación o parentesco |
|---|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Entiendo que este consentimiento puede revocarse mediante el envío de un pedido por escrito al jefe administrativo a cargo del consultorio médico de Northside Hospital que se encuentra en el encabezado de este documento. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones judiciales basadas en él. Este consentimiento será válido hasta la fecha en que sea revocado por escrito o se firme un nuevo formulario.

Signature of Patient or Legal representative
 Firma del paciente o su representante legal

Print name: / Nombre en letra de imprenta

Date / Fecha

AM/PM
Time / Hora

Relationship to patient: / Parentesco con el paciente

Interpreter (if applicable) / Intérprete (si corresponde)
Note to staff: if telephone interpretation provided, record name of company and interpreter ID number.

Reason patient unable to sign:
 Razón por la cual el paciente no puede firmar

Llene este formulario y entréguelo a la persona encarga del consultorio

| |
|--|
| FOR INTERNAL PURPOSES ONLY: / PARA USO INTERNO UNICAMENTE Date Consent Received: _____ |
|--|

OFICINAS DE CONSULTORIOS MÉDICOS DE NORTHSIDE HOSPITAL: CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN CON PERSONAS DESIGNADAS

**SPANISH TRANSLATION: NORTHSIDE HOSPITAL PHYSICIAN OFFICE PRACTICE
 CONSENT TO COMMUNICATE WITH DESIGNATED INDIVIDUALS**