



# Grupo Medico de Summit

Consentimiento para Cuidado de Salud

# de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a los medicos y su personal en el Grupo Medico de Summit a:

## TEXTO/MENSAJES DE VOZ PARA LA INFORMACION GENERAL SOBRE LA SALUD

\_\_\_\_\_ dejar **textos y mensajes** de voz en los siguientes numeros para recordatorios de turnos, horas de oficina, recordatorios generales de oficina, y notificaciones referentes a mi tratamiento de salud cuando no este disponible.

Celular: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dejar **mensajes de voz** referentes a mi informacion de salud incluyendo resultados, informacion diagnostica, balance de pagos, planes de cargo, referidos, cuando no este disponible en el siguiente numero.

Celular: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Compartiendo su informacion de salud y resultados

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso a los medicos y el personal de Summit Medical Group a compartir mi informacion de salud incluyendo resultados, diagnosticos y informacion de turnos con las siguientes personas.

**Las personas nombradas en esta lista son permitidas a recoger prescripciones por usted si usted esta incapacitado.**

Nombre:

Relacion:

Numero de Telefono:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_