



# En la cumbre del grupo de médicos

## Consentimiento para mensajes de salud

Cuenta # \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ dar permiso a los médicos y su personal en la Cumbre del Grupo de Médicos para dejar mensajes sobre mi healthcare de la siguiente manera cuando no estoy disponible. Por favor, compruebe las casillas apropiadas para indicar sus selecciones.

- Sólo pueden** dejar información conmigo y no a nadie. (Si comprueba aquí, no hay otras opciones a continuación deben estar marcados).
- Puede dejar los recordatorios de la cita en mi contestador/correo de voz.
- Puede dejar los resultados de laboratorio en mi contestador /correo de voz.
- Puede dejar preguntas generales/información sobre mi contestador/correo de voz.

### Haga una lista de sus números de contacto y cuál es su método preferido para llegar a usted.

- Home \_\_\_\_\_
- Celda \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe qué podemos compartir información acerca de usted a continuación, lista de lo(s) persona(s) que pueden recibir esa información en la tabla siguiente. **La(s) persona(s) que usted lista también será capaz de recoger las recetas en su nombre si usted no puede.**

- Puede dejar los recordatorios de la cita que se dará a la siguiente persona(s).
- Puede dejar los resultados de laboratorio que debe darse a la siguiente persona(s).
- Puede dejar preguntas generales/información que debe darse a la siguiente persona(s).
- Yo prefiero que todos los mensajes de salud a la siguiente persona(s).

Nombre	Relación	Número de teléfono

### Directiva anticipada (testamento vital o un poder notarial):

Has completado su directriz anticipada? Si es así, ¿esta oficina tiene una copia?

- Sí     No hay

¿Le gustaría hablar con alguien que le ayude a completar sus directivas anticipadas?

- Sí     No hay

Paciente o tutor firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigos de la firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_