

Autorización para acceder a la información y al tratamiento

Este formulario indica al equipo de la clínica con quién pueden hablar sobre su estado de salud.

Yo, _____, (nombre completo del paciente adulto en letra de molde y fecha de nacimiento)

por la presente, autorizo al personal de Waco Family Medicine a divulgar toda mi información médica a la(s) siguiente(s) persona(s) hasta nuevo aviso.

O

Para _____, (nombre del paciente menor de edad en letra de molde y fecha de nacimiento)

Por favor, indique las personas con las que Waco Family Medicine puede ponerse en contacto en caso de emergencia o a quienes puede divulgar su información médica:

NOTA: Debe designar al menos un contacto de emergencia

¿Contacto de emergencia? (Marque Sí o No con un círculo)	¿Desea divulgar otra información sobre su salud? (Marque Sí o No con un círculo)	* Consentimiento para el tratamiento (Marque Sí o No con un círculo) SOLO para menores de edad
---	---	--

	Sí / No	Sí / No	Sí / No
(Nombre) (Parentesco) (Información del contacto)	Sí / No	Sí / No	Sí / No
	Sí / No	Sí / No	Sí / No
(Nombre) (Parentesco) (Información del contacto)	Sí / No	Sí / No	Sí / No
	Sí / No	Sí / No	Sí / No
(Nombre) (Parentesco) (Información del contacto)	Sí / No	Sí / No	Sí / No
	Sí / No	Sí / No	Sí / No
(Nombre) (Parentesco) (Información del contacto)	Sí / No	Sí / No	Sí / No

Firma del paciente/Padre o Madre

Fecha

- **Contacto de emergencia** – Persona con la que Waco Family Medicine puede ponerse en contacto en caso de emergencia médica o de seguridad.
- **Divulgar otra información de salud**– Autoriza a Waco Family Medicine a compartir su información médica protegida con esta persona (por ejemplo, información sobre citas, resultados de pruebas o planes de tratamiento).
- **Consentimiento para el tratamiento médico (solo para menores de edad)** – Autoriza a esta persona que no es el tutor legal (mayor de 18 años) a dar su consentimiento para el tratamiento médico de su hijo en su ausencia.