
Consentimiento para dejar mensajes

Por favor llene el cuestionario completo

Nombre de paciente: _____ **Fecha:** _____

Yo le doy permiso a Memorial Regional Health (MRH) Para dejar mensaje con la siguiente información en mi buzón de mensajes, al número que yo eh proveído a la facilidad:

- Información de citas
- Instrucciones medicas
- Información de Tratamientos/Diagnosis
- Resultados de examen
- Información de Facturación

Yo le doy permiso a MRH de darles información a las siguientes persona(s):

Nombre: _____ Relation: _____

Nombre: _____ Relation: _____

Nombre: _____ Relation: _____

Yo le doy permiso a MRH de dar la siguiente información a la gente listados arriba:

- Información de citas
- Instrucciones medicas
- Información de Tratamientos/Diagnosis
- Resultados de examen
- Información de Facturación

La gente listados arriba también pueden:

- Recoger mis prescripciones o papeleo
- Hacer o cambiar mis citas

Preferido no tener contacto de Memorial Regional Health:

- NO Me llamen
- NO Me dejen mensajes

Firma: _____ **Fecha:** _____