



Teléfono/ Texto: 844-387-5337

SleepHealthMD.com

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Sleep Health MD valora su privacidad. También entendemos que hay circunstancias en las que usted, nuestro paciente, querrá o necesitará una persona o entidad que no sea usted para comunicarse con nuestra oficina en su nombre. Al ingresar el nombre de una persona designada a continuación (cónyuge, amigo, familiar, representante legal, etc.), podemos ayudarlo en ese sentido.

A menos que y hasta que haiga nombrado a una persona / entidad designada a continuación, no podremos permitirle a nadie que no sea usted, el paciente, acceso a cualquiera de las tres áreas que se mencionaran a continuación. Porfavor actualice los espacios a continuación, incluyendo el nombre(s), la relación con usted y la información de contacto de aquellos a los que les autorizara el acceso.

<u>Nombre de la Persona/Entidad</u>	<u>CITAS</u>		<u>FACTURACIÓN</u>		<u>TOMA DE DECISIONES MÉDICAS/ EXPEDIENTES</u>	
<b>Nombre Completo:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Relación:						
Mobil: Hogar:						
<b>Nombre Completo:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Relación:						
Mobil: Hogar:						

Yo, \_\_\_\_\_, (nombre del paciente impreso) autorizo el acceso mediante mi firma debajo de que la (s) persona (s) nombrada (s) arriba tienen mi permiso para acceder a las áreas indicadas de mi atención médica.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_