



## ***Autorización para divulgar información médica confidencial para Menores de Edad***

Yo, \_\_\_\_\_, como guardián o responsable legal  
 de \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Letra Molde Nombre del paciente menor de 18 años

autorizo al personal del Grupo Médico MacNeal para coordinar la divulgación de información médica de la siguiente manera:

El Grupo Médico MacNeal puede dejar mensajes en el contestador automático de mi casa acerca de los resultados de mis pruebas. SI                  NO

El Grupo Médico MacNeal puede dejar mensajes en el contestador automático de mi casa sobre citas o cuestiones de horarios para citas futuras. SI                  NO

El Grupo Médico MacNeal puede contactarme usando el sistema telefónico de mensajes para facturación o asuntos de seguro médico. SI                  NO

El Grupo Médico MacNeal puede contactarme usando el sistema telefónico de mensajes para citas de seguimiento o cambio de citas. SI                  NO

Por favor enliste miembros de familia u otros que pueden estar involucrados en coordinar su cuidado o pago de su cuidado. También, por favor indique qué tipo de información se puede compartir con cada individuo.

Nombre	Relación	Todo	Hacer cita/ Citas	Médico	Pagos/ Seguro Médico
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Continuaremos dependiendo de la información en esta forma cuando nos comuniquemos con usted y miembros de su familia u otros involucrados en su cuidado, al menos que usted haga cambios. Por favor, informe inmediatamente a la oficina de su doctor si desea cambiar las asignaciones subrayadas arriba.

Firma del paciente/ Guardián o Responsable Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

