

NOMBRE DEL PACIENTE :

FECHA DE NACIMIENTO:

**CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACION DE CUIDADOS DE SALUD Y / O
INFORMACIÓN FINANCIERA EN NORTH STAR LODGE**

Para su protección privacidad, no divulgaremos su información a otros a menos que usted nos autorice para hacerlo o a menos que la ley lo autorice o requiera que lo hagamos. Reconocemos que tal vez desee que proporcionemos información a amigos o familiares y para ello necesitamos su permiso por escrito. Por favor complete cada sección a continuación.

NO divulgue información de atención médica a nadie - salte a la Sección # 2 , O
 Puede revelar mi información de atención médica a:

Por favor proporcione hasta dos nombres. Las llamadas de otras personas serán enviadas a usted o a su (s) persona (s) de contacto para proporcionarles información sobre su tratamiento.

1. **NOMBRE** _____ **NUMERO DE TELEFONO** _____

2. **NOMBRE** _____ **NUMERO DE TELEFONO** _____

North Star Lodge puede usar o revelar la siguiente información de atención médica a las personas mencionadas arriba (marque todo lo que le gustaría aplicar)

Toda la información sobre atención médica en mi historial médico en North Star Lodge
 Información medica de mi expediente sobre mi tratamiento o mi condición (s) _____
 Información de atención médica en el expediente médico de la (s) fecha (s) _____
 Otro _____

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN FINANCIERA

La información financiera consiste en cargos, pagos, ajustes, programas de asistencia al paciente y programas de farmacia minorista donde usted puede ser un miembro participante durante su atención en North Star Lodge.

Si desea que utilicemos los mismos contactos que se indican anteriormente para la divulgación de la información financiera relacionada con la atención médica, inicie aquí: _____ . Si tiene diferentes contactos para obtener información financiera, por favor, complete lo siguiente:

Información Financiera

NO divulgue información financiera a nadie - salte a la Sección # 3, O
 Puede revelar mi información financiera a:

1. **NOMBRE** _____ **Número de teléfono** _____
2. **NOMBRE** _____ **Número de teléfono** _____

Toda la información financiera relacionada con el tratamiento en North Star Lodge
 Información financiera en el expediente médico o de la (s) fecha (s) _____

SECCIÓN 3

- Este consentimiento permanecerá en vigor hasta la conclusión de la atención en North Star Lodge. Usted puede revocar o cambiar este consentimiento en cualquier momento notificando al Departamento de Registros Médicos de North Star Lodge por escrito. La revocación de este consentimiento no puede ser retroactiva a la divulgación de información hecha de buena fe. Entiendo que una vez que la información médica / financiera que he autorizado para ser revelada al destinatario señalado, esa persona puede volver a divulgarla, momento en el cual puede que ya no esté protegida bajo las leyes de privacidad. North Star Lodge no retendrá el tratamiento si no firma este consentimiento.

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha Hora

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento:

Nombre impreso si es firmado en nombre del paciente

Relación