



**Women's Health
Center of Reno**
GYNECOLOGY | INFERTILITY | OBSTETRICS | UROGYNECOLOGY

Formulario de autorización del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

El establecimiento Women's Health Center de Reno tiene como política llamar a sus pacientes por vía telefónica para confirmar su cita con dos días de anticipación. Debido a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, nos es necesario solicitarle su autorización para determinados aspectos. Sírvase pasar a la siguiente sección y marcar según corresponda.

Asimismo, si yo no estuviere disponible, autorizo al personal del Dr. Samuel Chacon para que hablen con las personas y les transmitan información con respecto a:

Nombre	Relación	Teléfono	Cita médica	Aspectos médicos/Resultados	Cuenta/Facturación
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorizo al personal del Dr. Samuel Chacon MD para que llame al número telefónico de mi trabajo, si no yo estuviere disponible por otro medio. Sí No

Autorizo al personal del Dr. Samuel Chacon a dejar mensajes en el buzón de voz de mi número de teléfono del trabajo. Sí No

Firma del paciente o de su tutor: _____ Fecha: _____