

Part of  NorthShore

Por favor imprimir claramente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Swedish Medical Group solicito que proporcione información de contacto de emergencia que permitirá a los proveedores del Swedish Medical Group y a su personal el permiso para contactar a mi(s) contacto(s) de emergencia en el archivo en caso de una emergencia y permite que mi(s) contacto(s) ver y obtener información de salud protegida en mi nombre. Swedish Medical Group recomienda que enumere a una persona de confianza como contacto(s) de emergencia. Entiendo que la información revelada a mi(s) contacto(s) de emergencia en el archivo puede estar sujeta a la re-divulgación y ya no protegida por las leyes federales de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud.

Esta autorización es válida para todas las ubicaciones del Swedish Medical Group hasta que sea revocada por mí por escrito, completando un nuevo formulario de Revocar Contacto de Emergencia en persona en cualquier lugar del Swedish Medical Group.

Por favor imprime claramente:

Contacto de Emergencia # 1

Nombre de la persona: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Contacto de Emergencia # 2

Nombre de la persona: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Contacto de Emergencia # 3

Nombre de la persona: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Contacto de Emergencia # 4

Nombre de la persona: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Entiendo que soy responsable de mantener a mi(s) contacto(s) de emergencia actualizado(s) y acepto informar los cambios inmediatamente. El paciente, padre o tutor legal puede ver este formulario bajo petición.

X _____
Firma del paciente / padre o tutor legal Relación con el paciente Fecha

Office Use Only: Contacts Updated

Staff Name: _____

Date: _____