

Ludden Speech and Language Clinic at SXU

3700 W. 103rd Street, Pacelli Hall, Chicago, IL 60655

Teléfono: 773-298-3571

FAX: 773-298-3007

Consentimiento para obtener o proporcionar información del paciente

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

<p>Autorizo a Ludden Speech Clinic REVELAR (proporcionar una copia o realizar una conferencia verbal) mi información de salud confidencial y protegida a:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Número de Fax: _____</p>	O	<p>Autorizo a Ludden Speech Clinic to OBTENER (pedir una copia o realizar una conferencia verbal) mi información de salud confidencial y protegida a:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de Fax: _____</p>
---	----------	---

Información Requerida (señale lo que aplique):

- Reporte Diagnóstico
- Registros Médicos
- Informe de Terapia
- Otro _____

Autorización:

Entiendo los riesgos y procedimientos involucrados con el uso de comunicación electrónica para solicitar y obtener información de salud protegida. Acepto los términos enumerados en este formulario y por la presente solicito, consiento y autorizo voluntariamente el uso del correo electrónico y el fax como una forma de comunicación con mi médico y sus asociados, técnicos y otros trabajadores de atención médica.

Duración del Consentimiento y derecho de Revocación: Entiendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la divulgación realizada de buena fe ya haya ocurrido basándose en esta autorización. Este formulario de autorización es válido hasta un año después de su firma, a menos que se especifique lo contrario. Me reservo el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento. Entiendo que Ludden Speech Clinic no puede condicionar el tratamiento o el pago a que yo ejecute esta autorización. En una situación de emergencia en la que no tengo la capacidad de dar consentimiento informado, cuando un retraso en el tratamiento podría provocar una discapacidad grave o la muerte; Entiendo que la información de mi paciente puede ser divulgada u obtenida según sea necesario a los funcionarios apropiados que buscan satisfacer mis necesidades para proteger mi salud y seguridad.

Firma del Cliente/Padres/ Guardián Legal (si es menor de 18 años)

Fecha

Si Padres/Guardián – relación al Cliente: _____