



Permiso para revelar Información Específica en el Correo Electronico

Además de la información contenida dentro de Cook Children's Physician Network (CCPN) el Reconocimiento de las Prácticas de privacidad, doy permiso al personal de oficina de mi médico con CCPN, para dejar mensajes en mi contestador automático de casa y/o teléfono celular en cuanto a los resultados de radiología, y/o de laboratorio NORMALES y/o rutinarios de mí/mi niño. Estoy consiente que hay la posibilidad que yo no sea la única persona que oiga tal mensaje sobre mí/mi niño

Si Doy mi permiso de dejar mensajes en mi contestador automático de casa y/o teléfono celular por motivos como declarados arriba. **(Este permiso es bueno por un año o hasta que sea revocado por mí)**

_____ **Número de casa** para mensajes

_____ **Número de teléfono celular** para mensajes

No Deje mensajes sobre mí/mi niño en mi contestador automático de casa y/o teléfono celular.

Nombre del paciente [letra de molde]

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, o el representante del paciente legalmente autorizado

Fecha

Imprima el nombre del representante autorizado

Relación al paciente

Witness

Date