

N.º de expediente médico: _____

EVMS Medical Group
Participación en la atención médica, nombramiento del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN DE NOMBRAMIENTO

Por este medio, autorizo a las siguientes personas para que participen en el proceso de decisión de mi atención médica o de pago. Entiendo que estas personas podrían recibir información médica o de pago sobre mí si yo no estoy disponible o no tengo la capacidad de comunicarme. EVMS Medical Group actuará según esta información hasta que yo revoque o modifique esta autorización por escrito.

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO

EVMS Medical Group y sus afiliados harán los esfuerzos razonables para dar únicamente la información necesaria para que las personas tomen una decisión informada o para recibir información protegida impresa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Departamento _____

Office use only - Patient Revocation/Modification

Date received: _____
Staff initials: _____

Request received via Letter Telephone
(Attached copy of any written correspondence)