

WEINSTEIN IMAGING ASSOCIATES, P.C.

Formulario Para Representacion Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su privacidad es importante para Weinstein Imaging Associates. Por favor, lea este formulario cuidadosamente y completelo. Si desea nombrar a un Representante Personal (es decir, cónyuge, familiar, amigo, etc.) para que actúe en su nombre en la discusión de sus resultados de imágenes, resultados patológicos y/o información de seguro, facturación y reclamos, complete la **Sección Uno**. Si prefiere NO tener un representante personal, complete la **Sección Dos**. Despues firme y anote la fecha en la parte inferior de este formulario.

Por favor, sepa que con respecto a sus resultados de imagen y / o patología, haremos todo lo posible para contactar a usted primero.

SECCION UNO

Nombre del representante personal:

Teléfono: _____ Relación con usted: _____

Si usted nos está dando permiso para hablar con este representante acerca de cualquiera de los siguientes; anote sus INICIALES en el espacio a lado de cada uno que elija:

Resultados del estudio de imágenes _____ Resultados patológicos _____

Información de cita _____ Seguro/facturación y/o reclamos _____

SECCION DOS

O, si NO desea que hablemos con un representante personal en su nombre en cualquiera de los casos anteriores, por favor marque la casilla de abajo:

() Solo puede hablar conmigo en persona o por teléfono con respecto a cualquiera de mis resultados, información de cita y seguros/facturación/reclamaciones.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____