



FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Los empleados y representantes de The Affiliated Santé Group en caso de una emergencia, tienen mi permiso para buscar atención de emergencia para mí mientras esté bajo su cuidado. También doy mi permiso para divulgar información médica sobre mí a cualquier proveedor médico pertinente ya mi contacto de emergencia.

La información médica que se divulgará incluye, pero no se limita a, la información que se describe a continuación.

CONTACTO DE EMERGENCIA (FAMILIAR O AMIGO)		
Primer nombre:	Apellido:	
Dirección:		
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Otro teléfono:
Relación con el consumidor:		

MEDICAMENTOS ACTUALES (CON RECETA Y SIN RECETA)
Si ninguno, indíquelo aquí.
Medicamentos Actuales:

ALERGIAS
ninguna, indíquelo aquí.
Todas las alergias conocidas (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.)

HISTORIAL MÉDICO PERTINENTE
tiene, indíquelo aquí.
Enumere cualquier historial pertinente actual:

MÉDICO ACTUAL
Médico actual:
Dirección del médico:
Número de teléfono del médico:

Se me ha explicado este consentimiento y entiendo que los contenidos que se divulgarán, la necesidad de la información y que existen estatutos y reglamentos que protegen la confidencialidad de la información autorizada. Por la presente reconozco que este consentimiento es voluntario y válido en función de cualquier necesidad de tratamiento médico durante el tratamiento en The Rock Creek Foundation. Este consentimiento ya no será válido una vez que me den de baja del programa.

Firma del consumidor

Fecha

Firma de testigo

Fecha