

**Envíe el formulario a:**  
 Stormont Vail Health  
 Special Contact Access  
 1500 S.W. 10<sup>th</sup> Ave., Topeka, KS 66606  
**Contactos especiales - Pacientes adultos**

Paso 1	Nombre del paciente _____
	Dirección _____ Ciudad _____ Estatal _____ Código postal _____
	Fecha de nacimiento _____ Médico de Cotton O'Neil _____ MRN _____
	Por la presente autorizo a <b>Stormont Vail Health/Cotton O'Neil</b> y a las personas designadas a hablar sobre el cuidado y el tratamiento, los preparativos o el pago de los mismos con las siguientes personas que están involucradas en mi cuidado durante el tiempo que se menciona a continuación. Entiendo que el proveedor puede necesitar una divulgación más específica para cierta información.
	<b>Este permiso estará vigente por un período de:</b>
	Solo para la prueba o procedimiento especificado _____
<input type="checkbox"/> Un (1) mes <input type="checkbox"/> Tres (3) años <input type="checkbox"/> _____ Año(s)	

**Escriba en letra de imprenta al completar el formulario. Toda la información es necesaria.**

Paso 2	Personas que pueden acceder a mi información: Nombre y dirección	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (no usar abreviaturas)
	Nombre:			
Dirección:				
Nombre:				
Dirección:				
Nombre:				
Dirección:				
Nombre:				
Dirección:				

Paso 3	<b>Entiendo que soy responsable de notificar por escrito a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil para que anule o modifique esta solicitud. Stormont Vail Health/Cotton O'Neil hará todo lo posible para cumplir con esta solicitud. Este formulario prevalecerá sobre todas las solicitudes anteriores, a menos que se indique lo contrario.</b>
	Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____
Verificación del personal _____ Dpto. _____ Fecha _____	

## Contactos especiales - Pacientes adultos (continuación)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Escriba en letra de imprenta al completar el formulario. Toda la información es necesaria.**

	Personas que pueden acceder a mi información: Nombre y dirección	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (no usar abreviaturas)
Paso 2	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			