

Envíe el formulario a:
 Stormont Vail Health
 Special Contact Access
 1500 S.W. 10th Ave., Topeka, KS 66604

Contactos especiales - Pacientes menores de edad de 0 a 13

Paso 1	Nombre del paciente _____
	Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
	Fecha de nacimiento _____ Médico de Cotton O'Neil _____ MRN _____
	Por la presente autorizo a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil 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 el cuidado del niño antes mencionado durante el tiempo que se menciona a continuación. Entiendo que el proveedor puede necesitar una divulgación más específica para cierta información.
	Este permiso estará vigente por un período de: <input type="checkbox"/> Un (1) mes <input type="checkbox"/> hasta los 14 años
Solo para la prueba o procedimiento especificado _____	

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:				

Paso 3	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.
	Padre/madre/representante Firma (requerido) _____ Fecha _____ Hora _____
	*NOTA: Si está firmado por un padre, madre o representante personal, la documentación relativa a la autoridad legal de la persona debe ser verificada y colocada en el cuadro, <i>por ejemplo:</i> Cartas de tutela; poder notarial duradero para el cuidado de la salud. Escriba el nombre de la persona en letra imprenta y anote la relación con el paciente aquí: Padre/madre/representante (Nombre en letra de imprenta) _____ (Relación) _____ Verificación del personal _____ Dpto. _____ Fecha _____

Contactos especiales - Pacientes menores de edad de 0 a 13

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:	Fecha de nacimiento	Número de teléfono (con código de área)	Relación (no usar abreviaturas)
	Nombre y dirección			
Paso 2	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			
	Nombre:			
	Dirección:			