

NORTHERN INYO HOSPITAL

SOLICITUD PARA PROHIBIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO AL PÚBLICO

Nombre del Paciente: <i>(Patient Name)</i>	_____	Fecha: <i>(Date)</i>	_____
Numero de Registros: <i>(Medical Record No.)</i>	_____	Fecha del nacimiento: <i>(Date of Birth)</i>	_____

_____ No deseo que ninguna información acerca de mí, incluso mi condición médica general y mi ubicación dentro del hospital esté a disposición del público. Entiendo que el hospital no puede efectuar una identificación sistemática eficaz de las personas que hacen indagaciones, por lo tanto esta prohibición se extiende a todas las personas que llamen, lo cual puede incluir a mis familiares, amigos y clero.

(I do not want any information about me, including my general medical condition and my location within the hospital, to be made available to the public. I understand the hospital cannot effectively screen the identity of persons making inquiries, so this prohibition extends to all callers, which may include family, friends and clergy.)

_____ No deseo mi nombre o afiliación religiosa dada a un miembro del clero, tal como un sacerdote o un clérigo, si él no pide mí por nombre.

(I do not want my name or religious affiliation given to a member of the clergy, such as a priest or minister, if they do not ask for me by name.)

Firma (paciente, padre, madre, conservador, tutor)

Fecha/Hora

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Testigo

FOR HOSPITAL USE ONLY

Received by:

Date/Time: