

**Autorización para divulgar o recibir información del paciente**

Autorizo a WellStar Community Hospice a divulgar información de mi expediente médico, ya sea verbalmente o por escrito, a otros profesionales de la salud que van a participar directamente en mi atención. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria a WellStar Community Hospice, incluidos los antecedentes y el examen físico, de otros profesionales de la salud que han estado involucrados en mi atención.

Entiendo que el acceso a la información relacionada con mi atención puede estar disponible para representantes de organismos reguladores y/o de acreditación si así lo solicitan.

---

**Directivas anticipadas**

Entiendo que el personal del centro de atención para pacientes terminales proporcionará información para facilitar la realización de una directiva anticipada formal, acepto mantener informado al centro de mis decisiones.

\_\_\_ He preparado y firmado  un poder notarial para el cuidado de la salud  un testamento en salud  Directiva anticipada para el estado de Georgia

y tengo o proporcionaré una copia a WellStar Community Hospice

Mi persona autorizada /agente designado es \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ No he preparado o firmado un poder notarial para el cuidado de la salud, testamento en salud o Directiva anticipada

---

\_\_\_\_\_(Inicial de paciente/familia) Reconozco que he recibido y leído materiales contenidos en el manual de admisiones y que me han explicado lo siguiente.

- Directivas anticipadas
- Elección de beneficios de Medicare/Medicaid
- Asignación de beneficios de seguro
- Autorización para divulgar o recibir información del paciente
- Consentimiento informado
- Costos de hospicio
- Declaración de derechos del paciente
- Educación sobre seguridad/Preparación para emergencias
- Aviso de prácticas de privacidad de educación sobre seguridad

- Para: Admisiones de Tranquility
- Pautas de Tranquility
- Carta de autorización para cambio de nivel de atención

---

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO**

- Se me ha dado la oportunidad de revisar cada uno de los formularios, que fueron firmados en la admisión al centro de atención para pacientes terminales.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi atención con WellStar Community Hospice y todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Acepto las condiciones de WellStar Community Hospice tal como se describen con el entendimiento de que puedo retirar mi consentimiento para continuar con los cuidados para pacientes terminales en cualquier momento sin perjuicio o sanción de ningún tipo.

---

Firma del paciente

O

---

Firma del representante del paciente

---

Fecha

---

Fecha

---

Razón por la cual el paciente no puede firmar

---

Firma del personal

Fecha

Hora