

**MidKansas Ear, Nose & Throat  
Wichita Surgical Specialists, P.A.  
DBA Mid-Kansas Ear Nose and Throat  
Información De Contacto De Emergencia**

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Por favor, enumere dos personas separadas con dos números de teléfono diferentes. Si el paciente es menor de edad, enumere tanto a los padres como a los SSN.**

**Contacto de emergencia #1 Nombre:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial #: \_\_\_\_\_

Si es padre, por favor incluya SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono celular #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador y cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

*Inicial para autorizar a MidKansas Ear, Nose & Throat a divulgar información de salud a la persona mencionada anteriormente.*  
\_\_\_\_\_ Solo facturación \_\_\_\_\_ Solo registro de salud \_\_\_\_\_ Registro médico completo

**Contacto de emergencia #2 Nombre:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial #: \_\_\_\_\_

Si es padre, por favor incluya SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono celular #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador y cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

*Inicial para autorizar a MidKansas Ear, Nose & Throat a divulgar información de salud a la persona mencionada anteriormente.*  
\_\_\_\_\_ Solo facturación \_\_\_\_\_ Solo registro de salud \_\_\_\_\_ Registro médico completo

**Contacto de emergencia #3 Nombre:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial #: \_\_\_\_\_

Si es padre, por favor incluya SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono celular #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador y cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

*Inicial para autorizar a MidKansas Ear, Nose & Throat a divulgar información de salud a la persona mencionada anteriormente.*  
\_\_\_\_\_ Solo facturación \_\_\_\_\_ Solo registro de salud \_\_\_\_\_ Registro médico completo

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para divulgar información médica en cualquier momento por escrito. Cualquier revocación o cambio no se aplicará a acciones pasadas. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha en que se firme, a menos que especifique una fecha aquí:

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_