



3012D

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE LA CLÍNICA

Cuando usted sea un paciente hospitalizado, tal vez las personas que conoce tales como familiares y amigos decidan llamarlo(a) o visitarlo(a) mientras usted está en el hospital. Si alguien llama para hablar con usted o viene a visitarlo(a), por lo general nosotros proporcionamos información de cómo y dónde pueden localizarlo(a) en el hospital. Para un apoyo espiritual cuando se enferme, podemos proporcionar información general a miembros del clero. Este formulario le indica que tipo de información puede compartirse y qué hacer si usted no quiere que esta información se comparta.

Cuando Alguien Pregunte por usted por Su Nombre

Mientras esté como paciente hospitalizado en nuestra clínica, nosotros podemos revelar la información siguiente a alguien que pregunte por usted por su nombre:

- Su ubicación en la clínica (es decir, el número de su cuarto)
- Su condición general (es decir, buena, estable, grave)

Por ejemplo, si un familiar o amistad llama para hablar con usted, y específicamente menciona su nombre, le podemos decir donde está usted dentro de la clínica.

Si usted no quiere que compartamos su ubicación en la clínica y condición general con alguien que llame y pregunte por usted por nombre, por favor ponga sus iniciales en las declaraciones siguientes:

_____ *No quiero que se comuniquen mi ubicación en la clínica a alguien que llame y pregunte por mí por nombre.*

_____ *No quiero que se comuniquen mi condición general a alguien que llame y pregunte por mí por nombre.*

_____ *Desentendimiento completo. Al escoger esta opción, entiendo que la clínica no podrá confirmar o reconocer mi admisión o estancia a alguien que me llame y pregunte por mí por nombre (incluyendo familiares y amigos).*

Miembros del Clero

Si usted nos dice su afiliación religiosa, la siguiente información puede ser revelada en respuesta a peticiones de miembros del clero en la comunidad:

- Su nombre
- Su ubicación en la clínica (es decir, el número de su cuarto)
- Su condición general (es decir, buena, estable, grave)
- Su afiliación religiosa

Si usted no desea que el clero de la comunidad tenga esta información, por favor ponga sus iniciales en la declaración de abajo.

_____ *No deseo indicar mi afiliación religiosa*

Firma del Paciente/Representante legal: _____ Fecha/Hora: _____



Loma Linda University Medical Center
FACILITY DIRECTORY
INFORMATION
SPANISH

PATIENT IDENTIFICATION