



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 Pregunta 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

Original – Medical Records

Copy – Patient

116-3012A (4-03)

#### PATIENT IDENTIFICATION

Name:

Birthdate:

Medical Record #: