

Solicitud de Liberación de Información Médica

El programa de Asistencia Energética de los Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS) requiere la siguiente información para determinar la elegibilidad para el programa de asistencia en crisis energética que sea una amenaza para la vida. Tiene derecho a proporcionar la información usted mismo. Si desea ayuda de OKDHS, complete este formulario.

Permiso del Cliente y Firma

Doy permiso a OKDHS para acceder a la información de sus registros que pueda ser necesaria para determinar la elegibilidad de las siguientes personas:

Nombre del paciente	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento

Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Este consentimiento expira seis meses a partir de la fecha de mi firma.

Firma del cliente, tutor o padre _____ Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Información de Contacto del Trabajador Social

Nombre del trabajador _____ Correo electrónico _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____ Fecha _____

Equipo Médico

¿El paciente tiene una condición médica que requiere un equipo
recetado para el tratamiento? ☐ Sí ☐ No

¿El equipo recetado requiere electricidad para funcionar? ☐ Sí ☐ No

¿Sería potencialmente mortal para el paciente si el equipo
recetado no funcionara debido a un corte de energía? ☐ Sí ☐ No

¿El equipo recetado tiene una batería de respaldo en caso de un
corte de energía? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Sería suficiente la batería del equipo recetado para el
tratamiento en caso de un corte de energía? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Se puede cargar la batería del equipo recetado en un lugar diferente en caso de un corte de energía? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Medicamento Refrigerado

¿El paciente tiene una condición médica que requiere un medicamento recetado para el tratamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Es necesario refrigerar el medicamento recetado? ☐ Sí ☐ No

¿Sería potencialmente mortal para el paciente si no tuviera el medicamento recetado? ☐ Sí ☐ No

Información Adicional

Información adicional que desee proporcionar:

Firmas

Doy fe de que la información anterior es una descripción precisa de las circunstancias médicas de mi paciente.

Firma del proveedor de atención médica autorizado Fecha

Nombre del proveedor de atención médica Nombre de la institución de salud

Correo electrónico Número de teléfono Número de fax

Dirección Ciudad Estado  Código postal