

INFORMAÇÕES DE CONTATO DA COMISSÃO DE LIGAÇÃO COM HOSPITAIS

PARTE 1

Este formulário está sendo usado para: (Marque uma opção.)		Tipo de contato: (Marque todas as opções que se aplicam.)	
☐ Atualizar as informações de um contato já existente		☐ Médico cooperador (Se for o caso, preencha também a Parte 3.)	
☐ Dar informações de um novo contato		☐ Médico consultor (Se for o caso, preencha também a Parte 3.)	
Observações:		☐ Testemunha de Jeová	
		☐ Membro da Colih, membro do GVP ou outra pessoa da equipe que apoia a Colih	
		☐ Outro (Especifique no campo "Observações".)	
Data e local do contato inicial com o membro da Colih:			

PARTE 2

Primeiro nome:		Endereço:	
Último sobrenome:			
Telefone residencial:		Cidade:	
Telefone celular:		Província ou estado:	CEP:
Endereço de e-mail:		País:	
Sexo:			
Número e nome da congregação (se for o caso):			
Observações:			

PARTE 3

Especialidade:	Subespecialidade:
Especialidade:	Subespecialidade:
Especialidade:	Subespecialidade:
Tipos de pacientes aceitos pelo(a) médico(a): (Marque todas as opções que se aplicam.)	
☐ Adulto ☐ Criança ☐ Recém-nascido	
Observações:	

PARTE 4

Ao preencher e enviar este formulário, confirmo que todos os terceiros listados acima concordaram com o armazenamento e processamento de suas informações pessoais pela Colih e entendem que as informações pessoais incluídas neste formulário talvez precisem ser enviadas para países em que as leis fornecem diferentes níveis de proteção de dados, que nem sempre equivalem ao nível de proteção de dados no país em que eles estão atualmente localizados. Também informei a todos os terceiros listados acima que eles podem entrar em contato com a Colih se mudarem suas preferências sobre como seus dados pessoais são armazenados.

Nome da Colih: _____

Date: _____ Membro da Colih: _____