

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____

Otorgo mi permiso a Family First Health para hablar sobre información de salud protegida y divulgar resultados de pruebas a la(s) siguiente(s) persona(s):

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

Otorgo mi permiso a Family First Health para dejar mensajes sobre información de salud protegida en un contestador automático o buzón de voz.

____ Sí ____ No Número de teléfono: _____

Al firmar este formulario, otorgo mi permiso a Family First Health para enviar su información médica a la dirección que se ha proporcionado.

Indique su relación con el paciente: ____ Paciente ____ Representante del paciente

Nombre en letra de imprenta (en caso de no ser el paciente)

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA DE HOY

Este formulario será válido durante 1 año, salvo que se indique lo contrario. Si lo desea, elija otra fecha:
