



PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre completo del paciente (en letra de molde):	
Fecha de nacimiento del paciente:	Teléfono:
Dirección del paciente: _____ _____	

Autorizo a Family First Health a discutir información médica protegida y a divulgar resultados de pruebas a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:

Autorizo a Family First Health a dejar mensajes sobre información médica protegida en una máquina contestadora o correo de voz:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Número de teléfono:
-----------------------------	-----------------------------	---------------------

Al firmar este formulario, autorizo a Family First Health a 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 molde (en caso de no ser el paciente)

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA DE HOY

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