

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

AUTORIZACIÓN TELEFÓNICA:

- Sí, tiene mi permiso para dejar información médica en mi contestador automático. Indique qué número de teléfono durante el día es mejor para dejar un mensaje.

() _____

- No, no tiene mi permiso para dejar información médica en mi contestador automático.

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO:

Con quién, además de usted, podemos hablar con respecto a su información médica?

Nombre:

Relación:

Teléfono de contacto:

Nombre:

Relación:

Teléfono de contacto:

- Elijo **NO** compartir mi información médica en este momento.

Firma:

Fecha:

Tengo derecho a retirar o revisar mi permiso en cualquier momento por escrito.