

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ 4 Últimos Números de Seg Soc #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo, _____ (Nombre de la persona que da el consentimiento), **por la presente autorizo Johnson Centro de Salud de revelar verbalmente y facilitar la siguiente información de salud protegida:** (iniciales en todo lo que corresponda)

	Notas Médicas de Oficina		Declaración de Cargos y Pagos		VIH / SIDA / La información genética
	Laboratorio / Rayos de X o Resultados Imágenes		Información de Alcohol / Sustancia/ Examen de Drogas		Información de Alcohol / Sustancia/ Examen de Drogas
	Registros Dentales		Otro:		Otro:

Con las siguientes personas:

(Si información diferente de salud está autorizado para varias personas diferentes, una autorización independiente necesita ser rellenado por cada persona)

_____/_____
(Persona) (Relación con el Paciente) (Tel)

(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal)

_____/_____
(Persona) (Relación con el Paciente) (Tel)

(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal)

_____/_____
(Persona) (Relación con el Paciente) (Tel)

(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal)

_____/_____
(Persona) (Relación con el Paciente) (Tel)

(Dirección - calle, ciudad, estado, código postal)

A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no fecha de vencimiento, evento o condición se introduce, esta autorización expirará 1 año desde la fecha de la firma.

(Firma de la persona que da el consentimiento)

(Fecha)

Mi relación con el paciente es: Yo Padre Poder de Abogado Guardián Legal
(PDA Y GL debe presentar documentación de la relación autorizado)