



PLACE STICKER HERE
NAME _____
DOB _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA OR DENTAL CON FAMILIA, AMIGOS Y CUIDADOR (PARA ADULTOS)

DE:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Con su permiso podemos compartir información relevante (información de salud protegida) con miembros de la familia, amigos y cuidadores su salud involucrados en su atención médica / dental o en ciertas circunstancias.

Doy permiso a la persona que aparece a continuación para acceder mi información privada de salud:

<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cuidador de mi salud
------------------------------------	--	--------------------------------	---

PARA: Imprima Nombre:

Esta persona puede (ponga sus INICIALES en todos los permisos que desea dar):

- _____ Hacer o cancelar citas por mí
- _____ Hablar con mi doctor/dentista u otro personal del centro médico en mi nombre
- _____ Traer mi papeleos

Doy permiso a la persona que aparece a continuación para acceder mi información privada de salud:

<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cuidador de mi salud
------------------------------------	--	--------------------------------	---

PARA: Imprima Nombre:

Esta persona puede (ponga sus INICIALES en todos los permisos que desea dar):

- _____ Hacer o cancelar citas por mí
- _____ Hablar con mi doctor/dentista u otro personal del centro médico en mi nombre
- _____ Traer mi papeleos

Puedo cambiar esto en cualquier momento firmando un nuevo formulario. MCC se reserva el derecho de retener información médica a discreción de su proveedor.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____