



Consentimiento para divulgar informacion medica y de pago

Nombre del Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, ELIJA UNO de los siguientes:

_____ Doy mi permiso a los médicos de Harrel Eyecare para que revelen mi información médica protegida o el pago a mí Y a los siguientes amigos o familiares:

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____

O

_____ Solicito que toda mi información médica protegida se divulgue ÚNICAMENTE a mí y no a otros amigos o familiares

Firma del Paciente o Guardian

Fecha

Relacion del paciente, si no fue firmado por el paciente.