



CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Código de acceso para cuadro médico: _____

Es contrario a la Ley Federal discutir la información del paciente sin el consentimiento expreso por escrito del paciente. Si desea que esta oficina pueda discutir su atención médica con alguien que no sea usted, enumere los nombres de las personas a continuación. Tenga en cuenta que puede agregar o eliminar nombres a /desde la lista en cualquier momento con notificación por escrito a esta oficina.

Las personas en esta lista deben poder verificar su fecha de nacimiento y código de acceso a la carta

Relación Y nombre de las personas:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____