

**PERMISO PARA HABLAR ACERCA
DE INFORMACION PERSONAL DE SALUD**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo doy permiso a las siguientes personas de recibir informacion
acerca del cuidado del paciente:

NOMBRE

RELACION AL PACIENTE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**YO HE LEIDO LA FORMA DE CONSENTIMIENTO Y NOTICIAS DE
PRACTICAS, Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS.**

En orden para obtener informacion por telefono, la persona llamando necesita
tener la informacion de indentificacion de paciente.

Identificacion de paciente: _____
Fecha de nacimiento

Firma de paciente, padre O guardian legal

Fecha