Affix Patient Label

BRONSON

SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE BRONSON HEALTHCARE

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

_____
Nombre de soltera u otro nombre

Dirección particular: _____

_____

Teléfono particular: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por este medio revoco la autorización que firmé el día _____ **[insertar fecha]**.

Comprendo que esta revocación no será válida para los casos en que BRONSON ya haya actuado con respecto a mi autorización.

_____ _____
Firma del paciente (o representante personal) Fecha

_____
Nombre en letra de molde del representante personal

Relación con el paciente: _____