



Affix Patient Label

Nombre del paciente: _____

Fecha de nace: _____

Autorización para Compartir Información Médica

Autorizo a Bronson Healthcare Grupo para compartir mí:

Información personal y/o demográfica

Información médica, excepto _____

Información financiera, de facturación o seguro

Toda la información

Con los siguientes individuos:

Nombre

Número de teléfono

Relación conmigo

Nombre

Número de teléfono

Relación conmigo

Nombre

Número de teléfono

Relación conmigo

Nombre

Número de teléfono

Relación conmigo

-0-

No autorizo a Bronson Healthcare Grupo a divulgar nada de mi información médica a nadie, con la excepción de coordinación de beneficios (ej., seguros) o la continuación del cuidado (ej., remisiones).

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito por el paciente antes mencionado.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____