



PERMISO PARA DAR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y SUMINISTROS.

Nombre de Paciente: _____ # de Cuenta: _____

Yo, _____ Autorizo a ORANGEBURG MEDICAL GROUP a utilizar o revelar mi información de la salud como se indica en mis respuestas abajo.

Mi condición y información medica se puede ser discutida con la persona(s) siguiente.
Estos individuos pueden recoger los suministros médicos y/o la información en mi ausencia.

No liste a un médico en esta forma.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Circule por favor su respuesta:

- | | |
|---|---------|
| 1. ¿Puede dejar un mensaje en mi grabadora de teléfono? | SI o NO |
| 2. ¿Deje algún mensaje con la persona que contesta mi teléfono de casa? | SI o NO |
| 3. ¿Puede llamar a mi trabajo y decir quien habla si preguntan? | SI o NO |
| 4. ¿Puede dejarme mensaje en mi trabajo o grabadora de trabajo? | SI o NO |

La firma de paciente (o representante de paciente)

fecha

Escriba el nombre legal de paciente (o representante de paciente)