



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

No daremos información a nadie a menos que su nombre esté escrito abajo y que usted haya firmado. Esta cesión de información no incluye solicitudes a/de oficinas de otros médicos, solicitudes de compañías de seguro médico o de otras agencias externas. Usted debe rellenar cesiones específicas para estos propósitos.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Yo por la presente le doy permiso al CHCFC a que divulgue lo siguiente a las personas en la lista de abajo:

- Recetas escritas o medicamentos
- Recoger o hablar de resultados de análisis o requisiciones de exámenes (por ejemplo, órdenes de laboratorio)
- Placas dentales
- Hablar de referidos a o citas con especialistas
- Verificar o cambiar mi cita al centro de salud
- Hablar de tratamiento dental
- Enfermera de la escuela, director, psicólogo (relacionado con la escuela)

	Relación con ud: _____
	Relación con ud: _____
	Relación con ud: _____

~ O ~

2. No permito que se divulgue información sobre mí a nadie:	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

FAVOR DE FIRMAR ABAJO

Firma del paciente / tutor: _____

Fecha: _____