



SAMARITAN HEALTH MINISTRIES

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Este documento provee la autorización para dar información a las personas indicadas a continuación. No podemos dar información a personas no incluidas en esta lista, sin previa autorización a menos de que sea autorizado por la ley.

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono #: _____ Direccion Electronico: _____

Personas autorizadas para recibir información médica o quienes pueden recoger medicamentos.

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

Information autorizada:

Fecha de próxima cita Resultados de laboratorio Reporte radiológico Medicamentos

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

Information autorizada:

Fecha de próxima cita Resultados de laboratorio Reporte radiológico Medicamentos

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

Information autorizada:

Fecha de próxima cita Resultados de laboratorio Reporte radiológico Medicamentos

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Testigo: _____