



Permissão para discutir formulário

Nome do paciente: _____ DOB: __/__/__

Permissão para discutir

Eu, abaixo-assinado, dou permissão ao Thundermist Health Center para discutir minhas informações de saúde com:

Escolha a seleção (selecione todos os aplicáveis) Médico Odontológico Saúde Comportamental

Nome #1: _____ Relacionamento: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____ Telefone do trabalho: _____

Nome #2: _____ Relacionamento: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____ Telefone do trabalho: _____

Escolha a seleção (selecione todos os aplicáveis) Médico Odontológico Saúde Comportamental

Eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento através de uma declaração escrita ou verbal ao Thundermist. Compreendo que, se for revogado, aplicar-se-á a todos os indivíduos constantes deste formulário.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal: _____

Nome da impressão do paciente/responsável legal: _____

Data: ____ / ____ / ____