



Formulario de permiso para discutir

Nombre del paciente: _____ DOB: __/__/__

Permiso para discutir

Yo, el abajo firmante, doy permiso a Thundermist Health Center para discutir mi información de salud con:

Elija la selección (seleccione todo lo que corresponda) Médico Dental Salud conductual

Nombre #1: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre #2: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Elija la selección (seleccione todo lo que corresponda) Médico Dental Salud conductual

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una declaración escrita o verbal a Thundermist. Entiendo que si se revoca, se aplicará a todas las personas en este formulario.

Firma del paciente/tutor legal: _____

Nombre del paciente/tutor legal en letra de imprenta: _____

Fecha: __/__/__