



**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:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_