



## PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA

Front Range Dermatology Associates tiene mi permiso para dejar información personal en las siguientes ubicaciones en caso de que no pueda contactarme directamente:

**POR FAVOR INICIAL:**

**SI**

**No**

\_\_\_

\_\_\_

CORREO DE VOZ PARA TELEFONO MOVIL O DE CASA

\_\_\_

\_\_\_

CORREO DE VOZ PARA TELEFONO DE TRABAJO

\_\_\_

\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

¿Nos da permiso para discutir información, pruebas / resultados e información financiera con alguien? Si es así, incluya su información a continuación:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**RELACION:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_  
(FECHA DE NACIMIENTO)

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(FECHA)

TESTIGO: \_\_\_\_\_  
(FECHA)

