



PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA

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

Por Favor Inicial:

Si

No

N/A

Correo de voz para telefono movil o de casa: _____

Correo de voz para telefono de trabajo: _____

Correo electronico: _____

**Nos da permiso para discutir informacion, pruebas/resultados
o informacion financiera con alguien mas?**

Nombre: _____

Relacion: _____

Numero de telefono: _____

Nombre de paciente: _____

(Fecha de nacimiento)

Firma de paciente: _____

(Fecha)

Testigo: _____

(Fecha)