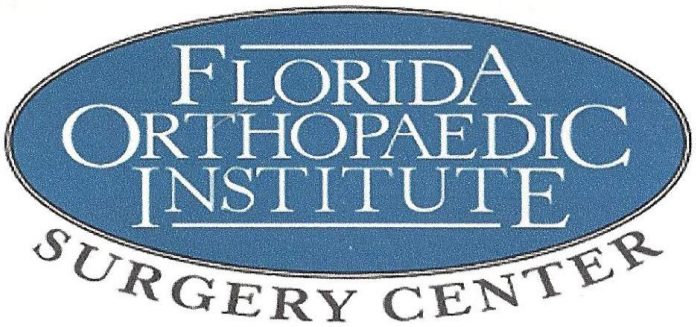

Formulario de Autorización a Personas Designadas

Por este medio autorizo a una o a todas las personas designadas a los cuales he nombrado al pie de éste documento para que las mismas reciban la entrega de cualquier información confidencial sobre mi salud, el tratamiento, pago o funciones administrativas que estén relacionadas con mi tratamiento y pago. Yo entiendo que la identidad de las personas designadas debe verificarse antes de que se le entregue cualquier información. A no ser que se reciba información contraria, los siguientes designados autorizados podrán tener acceso a la información arriba indicada indefinidamente.

Designados:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

_____
Nombre del Paciente

_____
Firma del Paciente

_____
Fecha