

Kern Endocrine Center

Autorisation para Discutir información Médica

Por favor indique a cualquier persona que no sea a sus otros médicos de salud que está autorizando a nuestra oficina para discutir su información médica.

Yo, _____, por este medio autorizo discusión sobre mí información médica con:

Imprimir nombre

relación

Número de tel.

Imprimir nombre

relación

Número de tel.

Imprimir nombre

relación

Número de tel.

Por favor de marcar la cajita y firmar abajo si declina en compartir su información medica.

Firma del Paciente

Fecha