

## AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autorizo al personal de Alonso Medical and Wellness Center a divulgar toda la información médica a mi familia / amigos que se enumeran a continuación:

Puedo revocar esta autorización por teléfono o por escrito en cualquier momento.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PACIENTE/EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

Permiso para dejar un mensaje en un contestador automático o correo de voz, firme a continuación

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_