



La siguiente persona(s) puede recibir información de Lakeland Regional Health acerca de mi afección y diagnóstico médico o de salud conductual (incluyendo el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica).

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parentesco: _____

En este momento, escojo no designar a ninguna persona con quien Lakeland Regional Health pueda compartir información acerca de afección y diagnóstico médico o de salud conductual (incluyendo el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica).

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha/Hora

Nombre del proveedor: _____



* 1 C F P *