

OPEN MRI CENTERS OF GEORGIA
AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
POR FAVOR IMPRESIÓN

Restricciones:

** Yo doy permiso para el acceso de información de mi

Por favor diganos con quién podemos discutir su información de la salud:(ejemplo: esposo (nombre), niños (nombre(s)), otros parientes (nombre(s)), amigos (nombres):

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cual quier tiempo notificando por una escritura, sino lo hago, esto no tendrá efecto sobre acciones que él tomana antes de recibir la revocación.

Firma Del Paciente o Guardian

Fecha

Nombre de la persona

* Si con excepción del paciente (nombre paciente) el _____ está firmando, es usted el guardián legal, o tiene energía del abogado para este paciente por el tratamiento, el pago o el del seguro del salud ¿operaciones?

_____ Si _____ No