



Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

ME ATIENDEN VARIOS PROVEEDORES EN TAHOE FOREST MULTISPECIALTY CLINICS. ESTE FORMULARIO SE APLICA A TODOS ESOS PROVEEDORES.

ESTO SE APLICA SOLO A: _____ **(Nombre del proveedor)**

Mi firma a continuación indica mi aceptación de lo siguiente:

Pueden hablar sobre mi información privada de atención médica con:

Nombre: _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

No hay fecha límite.

Finalizar el _____.

Pueden hablar sobre mi facturación médica con:

Nombre: (indique "Igual" si es el mismo que el anterior) _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

No hay fecha límite.

Finalizar el _____.

NO divulgar NI hablar sobre mi información médica protegida, incluida mi información de facturación médica con:

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo _____ Fecha: _____