DAUGHTERS OF CHARITY HEALTH CENTER

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____
Primer Medio Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Medical Record #: _____

NOTA: Si el paciente is un menor de edad, el padre / guardián debe autorizar servicios a favor del paciente. Por favor sierte la información siguiente.

Nombre de Padre / Guardian Legal: _____ Relación al paciente: _____

TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS

Estos servicios y tratamientos médicos pueden incluir, pero no están limitados a los siguientes: exámenes, tratamientos y educación preventivos, immunizaciones, tratamientos curativos, servicios de laboratorio, servicios de farmacia, anestésticos locales, procedimientos médicos menores, servicios de consejera, y cualquier referencia o consultas que se estima necesario basarse en el criterio profesional de los proveedores de servicio de salud de Daughters of Charity Health Center.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, _____, por la presente autorizo a los proveedores de
(imprima por favor)
servicio de salud de Daughters of Charity Health Center a proveer servicios y tratamentes médicos al paciente denominado arriba.

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Testigo Fecha

form revised April 3, 2009