



BON SECOURS MEDICAL GROUP  
Bon Secours Richmond Health System

## PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN PRIVADA DE SALUD (Permission to Disclose Private Health Information)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, le doy permiso a la persona enumerada en la tabla documentada para recibir información privada de salud o otra autorización enumerada en la sección de comentarios. Entiendo que esta forma es un contrato vinculante y que tengo la opción de revocar mi autorización en cualquier momento por presentar un pedido para cambiar, añadir, o terminar tal permiso por escrito.

Fecha del Permiso	Nombre de la Persona	Comentarios o Instrucciones (por ejemplo: puede cargar medicamentos)	Siglas de los Padres o Custodios	Fecha de la Revocación del Permiso	Siglas de los Padres o Custodios	Número de Teléfono

Para obtener información por teléfono, la persona quien llama al doctor tiene que compartir la contraseña del paciente con los empleados.

Contraseña del pacient: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Letra de Molde del Paciente o Custodio: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_