

(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



Permiso para compartir información con Familiares o amigos involucrados en su atención

Respetamos la privacidad de su información medica. Si desea conceder permiso para nosotros compartir su información medica o facturación con un amigo o miembro de la familia involucrados en su cuidado, que no es lo autorizado por ley para actuar en su nombre, por favor, especifique. No estan obligados a conceder este permiso y puede revocar esta autorización en cualquier momento poniendose en contacto con la oficina de HIPAA de UAMS en 501-603-1379.

Doy mi permiso al UAMS para compartir la información de salud de

_____ Imprimir el nombre del paciente _____ Imprimir fecha de nacimiento

Con la siguiente persona o personas:

| Nombre | Relación | Número de teléfono |
|--------|----------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Paciente o Representante Legal firma: _____

Fecha: _____ Tiempo de: _____

Nombre en imprenta: _____

Si el Representante Legal, autoridad del Representante Legal: _____
(como padres de un menor de edad, tutor, abogado representante con poder o apoderado de cuida de la salud)

