

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



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

Respetamos la privacidad de su información médica. Si desea conceder permiso para nosotros compartir su información médica 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 están obligados a conceder este permiso y puede revocar esta autorización en cualquier momento poniéndose 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)

