



BON SECOURS MEDICAL GROUP
Bon Secours Richmond Health System



Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____
 DOB: _____
 MR #: _____

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

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Segura Social: _____

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 patient: _____

Firma del Paciente o Custodio: _____ Fecha: _____

Letra de Molde del Paciente o Custodio: _____ Relación: _____



BON SECOURS MEDICAL GROUP
Bon Secours Richmond Health System



Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____
 DOB: _____
 MR #: _____

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

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Segura Social: _____

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 patient: _____

Firma del Paciente o Custodio: _____ Fecha: _____

Letra de Molde del Paciente o Custodio: _____ Relación: _____