First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

94 Connecticut Boulevard
East Hartford, Connecticut 06108
F: 860-528-5180 Ph: 860-528-1359

Permiso Para Compartir Informacion Medica Con Personas Especificas

Nombre del Paciente **Fecha de Nacimiento:** **Numero de Cuenta:**

Al Firmar este Permiso para compartir informacion, Yo le doy permiso a la persona o personas indicada en esta hoja que reciban informacion limitada sobre mi cuidado. Yo tengo el entendimiento que mi provedor/es de salud, utilizaran su juicio professional para asegurar la informacion compartida con mi familia o amistad/es para assistir con mi cuidado continuo. Otra informacion pedida que no pertenence a la asistencia de mi cuidado medico o pedidos del archivo medico require una firma de HIPPA dando authorizacion. Este permiso es considerado continio has que yo de por escrito.

Nombre del Individuo	Relacion al Paciente	Informacion que se puede compartir	Iniciales del Paciente/guardian
		☐ Informacion fisica de salud, diagnosticos, tratamiento medico/ortolongia, resultado de laboratorio. ☐ Evaluacion de abuso de sustancias, diagnosticos, y trata miento relacionado ☐ Diagnosticos de enfermedades veneria, y informacion relacionado al trata miento. ☐ valuacion de Salud mental, diagnosticos y informacion relacionado al trata meinto ☐ VIH/SIDA informacion relacionada al trata miento y diagnostico	
		☐ Informacion fisica de salud, diagnosticos, tratamiento medico/ortolongia, resultado de laboratorio. ☐ Evaluacion de abuso de sustancias, diagnosticos, y tratamiento relacionado ☐ Diagnosticos de enfermedades veneria, y informacion relacionado al tratamiento ☐ Evaluacion de Salud Mental, diagnosticos y informacion relacionado al tratameinto ☐ VIH/SIDA informacion relacionada al trata miento y diagnostico	
		☐ Informacion fisica de salud, diagnosticos, tratamiento medico/ortolongia, resultado de laboratorio. ☐ Evaluacion de abuso de sustancias, diagnosticos, y trata miento relacionado ☐ Diagnosticos de enfermedades veneria, y informacion relacionado al trata miento ☐ Evaluacion de Salud Mental, diagnosticos y informacion relacionado al trata meinto ☐ VIH/SIDA informacion relacionada al trata miento y diagnostico	
		☐ Informacion fisica de salud, diagnosticos, tratamiento medico/ortolongia, resultado de laboratorio. ☐ Evaluacion de abuso de sustancias, diagnosticos, y trata miento relacionado ☐ Diagnosticos de enfermedades veneria, y informacion relacionado al trata miento. ☐ Evaluacion de Salud mental, diagnosticos y informacion relacionado al trata meinto ☐ VIH/SIDA informacion relacionada al trata miento y diagnostico	

Los empleados de Frist Choice Health Centers, Inc. tienen mi permiso a: (Marque todas las cajas apropiadas.)

☐ Dejar un mensaje con mi conyuge: Nombre: _____
Relacion: _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Dejar un mensaje en el cellular Numero de Cellular _____

☐ Dejar un mensaje al trabajo Numero Del Trabajo: _____

☐ Dejar un mensaje detallado. Numero de Telephono _____

_____ _____

Firma del Paciente o Guardiante Legal Fecha

_____ _____

Nombre del Paciente o Guardiante Legal Fecha