



Altos Oaks Medical Group

Permiso para Hablar de Información Privada sobre la Salud

Yo, _____ doy mi permiso a Stanford Medicine – Altos Oaks, para hablar de mi Información Privada sobre la Salud con las siguientes personas. [esto incluye la información sobre los resultados de pruebas, la información financiera, el embarazo o posible embarazo, la infertilidad o posible infertilidad, la salud mental, las infecciones (o posibles infecciones) transmitidas sexualmente, el uso de las drogas y el alcohol, y el abuso físico o emocional.] Yo entiendo que yo puedo cambiar o anular este permiso en cualquier momento.

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Relación a la paciente

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Relación a la paciente

Firma de la paciente

Fecha

Hora

Este permiso expira: _____
Fecha