



Permiso para Compartir

Información Privada sobre el paciente

Paciente: _____

Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Personas autorizadas para recibir información sobre el paciente:

Nombre	Relacion con el paciente

Personas NO AUTORIZADAS para recibir información sobre el paciente:

Nombre	Relacion con el paciente

Firma de la persona responsable: _____