



NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

Imprime su nombre: _____

Firmando abajo yo autorizo a North Buncombe Family Medicine, PA a soltar mi información medica e información de pagos a:

Relación			Nombre de persona asignada
Esposa/Esposo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Hijos/Hijas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Suegros	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Guardián	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Padres	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Otros	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____

Firma de paciente _____ Fecha _____

Firma del padre _____ Fecha _____

Si tiene algún cambio en su información arriba en cualquier momento por favor informa una recepcionista.

North Buncombe Family Medicine, PA puede dejar información sobre su cita en su correo de voz:

Casa Si No

Trabajo Si No

Familiar Si No

Firma de paciente _____

Yo autorizo las siguientes personas a recoger mis medicinas, resultados y mas...

Relación			
Esposa/Esposo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Familiar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____
Guardián	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	_____

Firma de paciente _____ Fecha _____

Yo entiendo que North Buncombe Family Medicine, PA pedirá identificación de la persona recojiendo la información o producto.