

Patient Name: _____
Last First Maiden Middle

Social Security Number: _____ - _____ - _____ Date of Birth: ____/____/____ Age: _____

ADULT

You may release my medical information to: (Not for Medical Records release of info)

_____	_____	_____
<i>Name and relation</i>	<i>Name and relation</i>	<i>Name and relation</i>
_____	_____	_____
<i>Phone #</i>	<i>Phone #</i>	<i>Phone #</i>
_____	_____	
<i>Signature of Patient / Legal Guardian</i>	<i>Date</i>	

PEDIATRIC

I, _____, biological parent / legal guardian of _____
 (D.O.B. _____) hereby give my permission to examine, treat, etc. the above child without my being present. This permission is only intended to facilitate my child's healthcare if I am unable to be with my child. I give this permission to the following to bring my child to appointments and leave a message about my child:

_____	_____
Name	Relation
_____	_____
Name	Relation
_____	_____
Name	Relation

I also understand that adolescents have certain legal rights of confidentiality, legally, and that I should get his/her permission to get information from the physicians.

 Signature of Parent / Legal Guardian Date

 Witness Date



**Care Permission Form
 Ambulatory Services**



Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Apellido de soltera Segundo nombre

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

ADULTO

Ustedes pueden revelar mi información de salud a: (No para revelación de información de historia médica)

_____	_____	_____
<i>Nombre y relación</i>	<i>Nombre y relación</i>	<i>Nombre y relación</i>
_____	_____	_____
<i>Numero telefónico</i>	<i>Numero telefónico</i>	<i>Numero telefónico</i>
_____	_____	
<i>Firma del paciente / Guardián Legal</i>	<i>Fecha</i>	

MENOR DE EDAD

Yo, _____, padre/madre biológico / guardián legal de _____
(Fecha de nacimiento. _____), por medio del presente documento doy mi permiso para examinar, prestar tratamiento, etc. al niño mencionado arriba sin yo estar presente. Este permiso es solo con el fin de facilitar el tratamiento médico de mi hijo en caso de que yo no pueda estar presente. Concedo mi permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para llevar a mi niño a las citas y dejar un mensaje acerca de mi niño:

_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación

Yo entiendo, además, que los adolescentes tienen ciertos derechos legales de confidencialidad, y que yo debo obtener permiso de él/ella para conseguir información del médico.

_____ Fecha
Firma del padre / madre / Guardián Legal

_____ Fecha
Testigo

Care Permission Form
Ambulatory Services
Permiso para Atención Médica
Servicios Ambulatorios