



Informacion De Permiso Del Paciente

Nombre De Paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Numero De Telefono _____

Numero De Empleo _____

Numero De Celular Otro _____

_____ Yo doy el permiso para _____ para acompañarme en el cuarto de examen durante la vista del médico.

_____ Yo doy el permiso de llamar a al empleo.

_____ Yo doy el permiso para dejar solamente resultados normales en la máquina contestadora de mi casa.

_____ Yo doy el permiso de hablar con _____ en relación a resultados.

_____ Yo doy permiso para enviar mis resultados de prueba normales a

_____ Yo doy el permiso para la clínica PMG para hablar con _____ acerca de cualquier cobro relacionado con los servicios médicos prestados.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____