



## Formulario de permiso para comentar

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

### Permiso para comentar

Yo, el abajo firmante, doy permiso a Thundermist Health Center para comentar mi información médica y dental con:

Nombre #1: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono cel.: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre #2: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono cel.: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una declaración escrita o verbal a Thundermist. Entiendo que si se revoca, se aplicará a todas las personas que figuran en este formulario.

Firma del Paciente/Tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_