



For Office Use Only
Patient Name:
Location:
Chart #:
Date:
Entered in HIPAA Initials:

Permiso de Comunicación por medio del Doctor de CHS
(Favor escribir en letra de molde)

Yo _____ doy mi permiso para que mi(s) doctor(es) de Cherokee Health Systems pueda(n) comunicarse con los siguientes individuo(s) con respecto a: examen, diagnóstico, y mi tratamiento o para el siguiente propósito específico:

Este aviso permanecerá efectivo por 12 meses o hasta que yo haga, por escrito, diferente declaración.*

1. _____

Parentesco con el Paciente: _____

2. _____

Parentesco con el Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

*Esta autorización es válida por 12 meses, a partir de la fecha firmada. Yo entiendo que yo puedo cancelar esta solicitud por escrito, pero que la misma no afectará cualquiera comunicación anterior a esta declaración de cancelación.
Esta autorización no sirve como consentimiento para liberación de documentos.