

Acuerdo de Garante

Fecha: _____

Le doy mi permiso a Primary Care Partners para agregar el siguiente individuo a mí cuenta:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo reconozco que es mayor de 18 años y es considerado un "adulto". Acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos incurridos por este individuo.

Firma _____

Nombre impreso: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación al paciente: _____

Acct # _____

Consentimiento del paciente para divulgar información médica

Fecha: _____

Le doy mi permiso a Primary Care Partners que comparta mi información médica personal con las siguientes personas:

Nombre(s) y Relación: _____

Firma _____

Nombre impreso: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS# _____

Número de teléfono: _____

Acct # _____

