

Clínica de Medicina Familiar y Obstetricia waynesboro
Un servicio del Hospital General Wayne

Fecha:

Nombre del paciente:

Reconozco que he recibido una copia del aviso de privacidad de Waynesboro Family Medicine & Obstetrics Clinic un servicio del Hospital General Wayne.

Doy mi consentimiento para que el personal de Waynesboro Family Medicine & Obstetrics Clinic, un servicio del Hospital General Wayne, analice mi condición médica y el plan de atención con:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Firma del Paciente/Padre o Tutor

Testigo