



### Permiso para Revelar y Tratar

Por favor enumere a los individuales que tengan permiso para llamar o hablar sobre su salud y información financiera con Queen City Oído, Nariz, y Garganta. En el evento que no pueda traer a su hijo/hija, quien es menor de 18 años a su cita, enumera a las personas que puedan acompañar al paciente para su tratamiento medica.

Yo autorizo a Queen City Oído, Nariz, y Garganta a compartir mi información de salud y información financiera con los individuales en la lista abajo:

Yo autorizo a las personas en la lista a acompañar a mi hijo/hija para recibir tratamiento médico en Queen City Oído, Nariz, y Garganta en mi ausencia:

Nombre \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_

No autorizo a Queen City Oído, Nariz, y Garganta a compartir/discutir mi información financiera y de salud con otras personas.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_