

MONTES MEDICAL GROUP, INC.

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para recibir toda la información con respecto a mi atención médica. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Licencia de conducir / Número de Identificación del Estado (opcional)
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

Si el paciente no puede firmar, se requiere documentación de la persona con custodia legal.

Firma de Paciente\Custodia Legal: _____

Nombre con Custodia Legal (si aplicable): _____

Testigo no debe ser un individuo nombrado arriba.

Firma de Testigo: _____

Nombre de Testigo: _____

For Montes Medical Group use only:

Name of MMG employee that verified the identity of the patient: _____

Information entered into eCW system on _____ by _____
Date Name