

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
PERMISSION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

Chart #: _____

Legal Name:	DOB:
Please list the people we can share your health information with. This authorization will remain in effect until a revised list is provided or consent is revoked in writing.	
☐ No Changes	
☐ No One	
☐ Emergency Contact Only	
Name of person we may release information to:	Phone Number:
1)	
2)	
3)	
4)	
Patient Signature:	Date:

Durable Power of Attorney

Do you have a Durable Power of Attorney (please circle)? **YES | NO**
If yes, please give a copy to the front desk staff.

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Nombre legal:	Fecha de Nacimiento:
Aliste personas que podemos revelar información sobre su salud médica por favor. Permiso dura vigente hasta que nos dé una nueva lista o se revoque por escrito.	
☐ Sin Cambios	
☐ Nadie	
☐ Solo contacto de emergencia (Nombre y número de teléfono):	
Nombre de la persona autorizada para recibir información:	Número de teléfono:
1)	
2)	
3)	
4)	
Firma del Paciente/guardián legal:	Fecha:

PODER NOTARIAL DURADERO

¿Tiene usted un poder notarial duradero? (respuesta circular) **Sí | No**
En caso afirmativo, entregue una copia al personal de recepción.

For Office Use Only

Form Processed by: _____