

**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. | |
| <input type="checkbox"/> No Changes to Previous Form | |
| <input type="checkbox"/> No One May Receive My Health Information | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <input type="checkbox"/> Sin cambios a la forma previa | |
| <input type="checkbox"/> Nadie recibir información sobre mi salud | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____ |