



Yo, _____ por la presente autorizo a Kiamichi Family Medical Center a compartir mi información médica y de salud, con el fin de coordinar mejor mi atención, con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

DIRECCIÓN:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

DIRECCIÓN:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

DIRECCIÓN:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

DIRECCIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____