



Name:	_____
DOB:	_____
MRN#:	_____

## ¿Con quién podemos hablar?

Este formulario le permitirá a MAHEC a **hablar** con individuos elegidos por usted de su información médica y financiera relacionada con el cuidado y los servicios que usted ha recibido. Este formulario no permite que los individuos anotados obtengan fotocopias de su información médica o financiera. **Puede anotar los nombres de hasta tres (3) individuos U optar por no anotar ningún nombre. Puede actualizar este formulario en cualquier momento.**

### Persona #1

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #2

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #3

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

O

No quiero poner a nadie en la lista en este momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente, padre, o tutor(a) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha