



Name:	_____
DOB:	_____
MRN#:	_____

Chúng tôi có thể chia sẻ với ai?

Mẫu này sẽ cho phép MAHEC **thảo luận** thông tin y tế và tài chính của quý vị về việc chăm sóc và dịch vụ mà quý vị đã nhận được với các cá nhân mà quý vị lựa chọn. Mẫu này không cho phép các cá nhân được liệt kê có được bản sao thông tin y tế hoặc tài chính của quý vị. **Quý vị có thể liệt kê tối đa ba (3) cá nhân bên dưới HOẶC chọn không liệt kê bất kỳ ai. Quý vị có thể cập nhật mẫu này bất cứ lúc nào.**

Tên: _____

Quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Người thứ hai

Tên: _____

Quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Người thứ ba

Tên: _____

Quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

HOẶC

Tôi không muốn liệt kê bất cứ ai vào lúc này.

Chữ ký của người bệnh, cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Ngày