



Treasure Valley Gastroenterology Specialists

Raquel Croitoru, M.D.

Board Certified Gastroenterology
Fellow American College of Gastroenterology

Informacion de salud protegida liberacion (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque todo lo que aplique:

- Tienes mi permiso para hablar con mi esposo sobre la atencion medica. (lisado abajo)
- Tienes mi premiso para dejar informacion en mi correo de respuesta de voz / contestador automatico sobre salud medica y resultados de pruebas medicas.
- Tienes mi permiso para hablar con mis hijos o otros miembros de la familia sobre mi salud medica. (listado abajo)
- Tienes mi permiso para llamarme en el trabajo.

Las personas autorizados
(Las personas que puedan estar informados acerca de mi salud medica)

Nombre: _____ Telefono de casa: _____	Relacion: _____ Celular/Otro telefono: _____
Nombre: _____ Telefono de casa: _____	Relacion: _____ Celular/Otro telefono: _____
Nombre: _____ Telefono de casa: _____	Relacion: _____ Celular/Otro telefono: _____
Nombre: _____ Telefono de casa: _____	Relacion: _____ Celular/Otro telefono: _____
Nombre: _____ Telefono de casa: _____	Relacion: _____ Celular/Otro telefono: _____

Otro, por favor describa: _____

Firma del paciente

Fecha