

Nombre del proveedor/instalación:

- MWH ¹ Stafford Hospital FASC ²
 Médicos de Mary Washington Healthcare _____ (otro)

Por medio de la presente, yo, _____, solicito que la información sobre mi salud sea discutida con y divulgada a los miembros, parientes y amigos que se mencionan más adelante. Las personas identificadas a continuación están involucradas en mi atención o en el pago de la misma, y estoy de acuerdo con que el proveedor mencionado pueda compartir dicha información, incluidas las horas de las citas, la atención requerida y el diagnóstico, según dicho proveedor considere pertinente para la participación de las personas mencionadas. Entiendo que estoy en mi derecho de rechazar esta solicitud/consentimiento mediante la entrega de un aviso escrito al proveedor.

Enumere a las personas:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Paciente o sustituto legal

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha

¹ Mary Washington Healthcare

² Centro quirúrgico ambulatorio Fredericksburg (Fredericksburg Ambulatory Surgery Center)

