



DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo, el/la Sr(a) \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_, con DNI/N° \_\_\_\_\_, declaro que he leído y entiendo el contenido de este consentimiento informado.

**SECCION 1: COMUNICACIONES A MI FAMILIA Y OTROS**

**Communications to Family Members and Others**

Quiero autorizar a PHC Primary Health Care, Inc. a comunicarse con mi familia y otros miembros de mi familia para fines de atención médica y de salud.

*Not a requirement*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PHC Primary Health Care, Inc. Primary Health Care, Inc. Care, Inc. o PHC

PHC Primary Health Care, Inc. no tiene obligación de guardar silencio bajo la Ley de Libertad de Información y/o HIPAA. Adicionalmente, PHC Primary Health Care, Inc.

Nota: Este consentimiento informado es válido por un periodo de 12 meses.

**SECCION 2: DATOS DE CONTACTO**

PHC Primary Health Care, Inc. Primary Health Care, Inc. (Nota: Dato requerido):

Mi teléfono:  Si  No Telefono (Hogar) #: \_\_\_\_\_  
 Mi correo electrónico:  Si  No Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
 Mi teléfono celular:  Si  No Telefono Celular: \_\_\_\_\_

(datos de contacto) ; PHC Primary Health Care, Inc.

PHC Primary Health Care, Inc.

\_\_\_\_\_

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.