HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573
Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.
Marion, SC 29571
843-423-2400
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-352-8772
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-488-6350
Fax: 877-322-0181

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre completo del paciente (en letra de molde):	Fecha de nacimiento del paciente:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Dirección del paciente:	

Autorizo a Health Care Partners a discutir información médica protegida y a divulgar resultados de pruebas a la(s) siguiente(s) persona(s):

Encierre en un circulo información relacionada con:

Abuso de sustancias Salud mental VIH (Sida)/ETS Control de la natalidad/Laboratorios de salud reproductiva Laboratorio/ Pruebas Genéticas

Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Teléfono:	Relación:	Fecha de Nacimiento:

Autorizo a Health Care Partners of SC a dejar mensajes sobre información médica protegida en una máquina contestadora o correo de voz:

☐ Sí	☐ No	Número de teléfono:

Al firmar este formulario, autorizo a Health Care Partners of SC a enviar su información médica a la dirección que se ha proporcionado.

Indique su relación con el paciente: ☐ **Paciente** ☐ **Representante del autorizado**

_____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ***(en caso de <u>no</u> ser el paciente)***

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO **FECHA**