



Permission to Share Health Information

Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC). Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s). CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

Permiso para Compartir Información de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para recibir información sobre mi atención médica. Por ejemplo, pueden preguntar sobre información de citas o referencias, hablar con mi proveedor, etc. Entiendo que mi proveedor utilizará su juicio profesional para asegurarse de que sólo se comparte la información de salud necesaria con el fin de ayudar en mi atención médica. Este permiso se considerará en curso hasta que indique lo contrario por escrito.

Fecha de Permiso	Nombre de Individual y Relación con el Paciente	Número de contacto	Comentarios/Instrucciones (es decir, puede recoger medicación, puede revelar los resultados de las pruebas, etc.)

Si tiene alguna pregunta con respecto al uso compartido de su información de atención médica, llame a la oficina de su proveedor o hable con uno de nuestros Asociados de Servicio al Paciente.

Los médicos y el personal del Child Guidance Center of Southern Connecticut tienen mi permiso para: (Por favor marque todos los que correspondan)

Deje el mensaje en casa con (nombre de la(s) persona(s)): _____

Deje los mensajes de correo de voz en los siguientes números:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Firma del paciente o guardián legal: _____

Nombre Impreso del Paciente o Tutor Legal: _____

Relación: _____ **Fecha:** _____