

Yo, _____, por la presente autorizo al personal de Promise Healthcare para proporcionar atención en mi nombre y tener acceso a la información necesaria para la prestación de servicios.

- Entiendo que en una situación de emergencia la atención no se retrasará, y este consentimiento se firmará tan pronto como sea posible a partir de entonces.
- Autorizo a Promise Healthcare a realizar las derivaciones oportunas en mi nombre.
- Entiendo que Promise Healthcare trabaja en colaboración con instituciones de enseñanza en la comunidad, y puedo ver a un residente o interno.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para tramitar mi(s) reclamación(es) de seguro.
- Autorizo y solicito el pago de las prestaciones médicas directamente a Promise Healthcare.

Los formularios son válidos durante 12 meses a partir de la fecha de su firma o hasta que el paciente los revoque por escrito.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Otra Firma: _____ **Fecha:** _____

(si el paciente no lo completa y se ha recibido la documentación adecuada)