



301 LINVILLE STREET
P.O. BOX 837
GLEN ALPINE, NC 28628

Yo, _____, autorizo a Table Rock Medicina Familiar para obtener y/o dar a conocer mi informacion medica a las personas mencionadas abajo. Yo entiendo y estoy de acuerdo que mis registros medicos puedan ser enviados por Fax si es necesario.

Enviar el registro a:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Obtener el registro de:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Realizar el registro a:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Firma del paciente Fecha de nac. Domicilio Particular

Firma del Padre a Tutor Relacion con el paciente Fecha

It is understood that the above information to be released to Table Rock Family Medicine, PLLC is fully protected by the laws establishing the confidentiality of information acquired by Table Rock Family Medicine, PLLC.

Authorization must be signed both by the patient and the nearest relative/guardian if patient is under 18 years of age or by the nearest relative/guardian if patient is incompetent or otherwise incapacitated.