



1802 W. 4th St.
Wilmington, DE
19805
302.655.5822

908-B E. 16th St.
Wilmington, DE
19802
302.575.1414

27 Marrows Road
Newark, DE 19713
302.455.0900

404 Fox Hunt Drive
Bear, DE 19701
302.836.2864

1020 Forrest Ave
Dover, DE 19904
302.678.4622

306 East Main
Street
Middletown, DE
19709
302-378-4489

AUTORIZACION PARA PROVEER MI INFORMACION y/o MI COORDINACION DE CUIDADO A OTRA PERSONA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a la siguiente persona/as, la cual es mayor de 18 años a hacer citas médicas, recoger documentos y hablar de mi parte con los proveedores de cualquier tema relacionados a mi salud.

_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación

Esta autorización es efectiva hasta (seleccione una de las opciones):

_____ solo el (día) _____

_____ desde el (día) _____ hasta (día) _____

_____ hasta que la revoque por escrito.

Reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre y Firma del Paciente

Fecha

Nombre y Firma del empleado testigo

Fecha

Nombre y Firma del Segundo Empleado Testigo

Fecha