

145 Hollis Street, Manchester, NH 03101. Tel (603) 626-9500  
 184 Tarrytown Road, Manchester, NH 03104. Tel (603) 626-9500  
 1245 Elm Street, Manchester, NH 03101. Tel (603) 668-6629  
 88 McGregor Street, Suite 302, Manchester, NH 03102. Tel (603)663-5387

**FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE!**

Yo entiendo que estos consentimientos en su entereza se mantendrán en efecto por el tiempo que continúe recibiendo los servicios de salud en el Amoskeag Health. Yo entiendo que si escojo revocar el Individuo Autorizado, esto se debe hacer por escrito a la Gerente de Oficina de Negocios. Yo entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que yo haya tomado o ninguna información que yo haya compartido basado en esta autorización, antes de que Amoskeag Health recibiera mi petición de revocarla.

 \_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

Al firmar abajo, yo autorizo Amoskeag Health a discutir y a revelar la información de mi salud personal a la(s) persona(s) abajo nombrada(s) con el propósito de asistir con o facilitar la coordinación de citas para mí o asistir en la coordinación del pago por los servicios de cuidado médico que se me proveyeron, identificados en la Guía del Paciente como, **Representante Autorizado** en la página 18.

**Representante Autorizado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Limitaciones: \_\_\_\_\_

**Representante Autorizado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Limitaciones: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo autorizo a otra persona(s) a **recoger recetas o medicamentos** en Amoskeag Health identificados en la Guía del Paciente, **Autorización de Recoger Recetas** en la página 19.

Nombre Autorizado: \_\_\_\_\_

Nombre Autorizado: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo autorizo a otra(s) persona(s) a **recoger Archivos Médicos** en Amoskeag Health identificados en la Guía del Paciente, **Autorización de Recoger Archivos Médicos** en la página 19.

Nombre Autorizado: \_\_\_\_\_

Nombre Autorizado: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, estoy dando mi consentimiento para permitir que los proveedores de Amoskeag Health de proporcionar el cuidado de niños cuando usted no esté presente durante la siguiente cita, el tratamiento y/o examen que se describe en la Guía del Paciente, **Consentimiento de los Padres para Atender a un Menor de Edad**, en la página 19. (Favor de marcar  abajo el tipo de atención que usted apruebe).

Nombre del Padre/Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre Autorizado: \_\_\_\_\_

 **Exámenes Físicos** (Para la Escuela, Chequeos del Bienestar del Niño, Para Campamentos, Para Deportes, etc.)

 **Inmunizaciones/Vacunas**
 **Citas de Enfermedad** (enfermedades agudas tales como fiebre, catarros, gripe, u otros problemas)

 **Servicios de Consejería/Asesoramiento**
 **Educación de Salud**
 **Exámenes Femeninos** (Papanicolaou – el Pap, Exámenes del Pecho)

 **Cuidado regular para las condiciones crónicas:** (por ejemplo: asma, problemas del peso, acné, diabetes, y otros problemas médicos)

 \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o Representante Legal**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha**
**Iniciales del Paciente / Representante Legal**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_