



## Dr. Glenda Thomas, DNP, FNP-C

611 S. Carlin Springs Rd. Suite 412

Arlington, VA 22204 Telephone: (703) 344-2004 Fax: (703) 931-1819 Email: office@venesaludpc.com

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento	Número Social Security
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Telefono Cell Work Home		Email	
Contacto de Emergencia (número y nombre)		Relación con el paciente	

2. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)			
Yo autorizo para que Dra. Glenda Thomas DNP, FNP-C o su personal divulgue mi Información médica con la siguiente persona(s):			
Nombre:	Relacion	Telefono:	Restricciones (si las hay):
Nombre:	Relacion	Telefono:	Restricciones (si las hay):
Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Yo también entiendo que mi Información Médica Protegida (PHI) no va hacer divulgado excepto sin este consentimiento.			

### Autorización de Paciente

Por la presente autorizo a la Dra. Glenda Thomas, DNP, FNP-C (VeneSalud Primary Care) a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento necesario para procesar las reclamaciones de seguros. Acepto la responsabilidad financiera por cualquier cobro / honorarios de abogado en los que el médico incurra al cobrar los pagos de los que soy responsable. Se puede utilizar una copia de este acuerdo en lugar del original. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento por escrito. Certifico que toda la información anterior indicada en este formulario es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha