

PHARMACY INFORMATION / INFORMACION DE FARMACIA

PHARMACY NAME(NOMBRE DE FARMACIA):	Telephone	PHARMACY ADDRESS (DIRECCION DE FARMACIA):
------------------------------------	-----------	---

PRIMARY PHYSICIAN / MEDICO PRIMARIO

NAME(NOMBRE):	Telephone	Comments
---------------	-----------	----------

REFERRED BY / REFERRIDO POR:

Physician/Medico Physical Therapist/Terapista Athletic Trainer/Entrenador Friend_Family/Amigo_Familiar Other/Otro

NAME (NOMBRE):	Telephone	Comments
----------------	-----------	----------

DEMOGRAPHIC INFORMATION / INFORMACION DEMOGRAFICA

Email	Phone Number (Número de teléfono)
Race (Raza)	Ethnicity (Etnicidad)
	Preferred Language (Idioma Preferido)

EMERGENCY CONTACT / EN CASO DE EMERGENCIA

Name (Nombre)	Relationship to patient--(Relacion al paciente)	Phone Number--(Número de teléfono)
Name (Nombre)	Relationship to patient--(Relacion al paciente)	Phone Number--(Número de teléfono)

Consent to disclose medical information

I authorize Dr. Jan Pieter Hommen to disclose my health information and/or speak to the following person(s) regarding my care.

Yo autorizo al Dr. Jan Pieter Hommen revelar mi información médica y/o hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) referente a mi cuidado médico.

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____
Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

The authorization period I am granting is from / El periodo de autorización que estoy dando es de:

- a. _____ to _____.
- b. All past, present, and future periods until I so wish for it to be revoked*.
Todo periodo pasado, presente y futuro hasta que yo decida revocarlo.

*If you wish to revoke the permission to anyone listed above please make sure to inform our office in writing. / Si decide revocar el permiso dado a cualquier persona nombrada arriba por favor hacer el informe por escrito.

PLEASE **PRINT** PATIENT NAME

Patient Signature / Firma de Paciente

Date / Fecha