Nombre del emisor

Calle 23

Ciudad, código postal

DD / MM / AAAA

Nombre del receptor

Dirección

Código postal

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo ​​a las autoridades del hospital de Inglaterra a entregar a mi médico cualquier información que requiera de mis archivos personales o cualquier registro.

Por la presente doy mi permiso para el uso de esta información médica en el diagnóstico y tratamiento del problema. Sin embargo, no se permitirá ningún otro uso de esta información.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del emisor