

Fecha _____

Doy consentimiento al Dr.Todd Florin para discutir la información de mi salud con los amigos y los miembros siguientes de la familia:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

¿Podemos dejar un mensaje con nuestro nombre y número de teléfono? Sí
No

Firma del paciente

Fecha

Firma de la fecha del testigo

Fecha

