

# Joshua Healthcare

2429 M Street  
Omaha, NE 68107  
Teléfono: 402-731-7333  
Fax: 402-614-5405

## PERMISO PARA DAR INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los nombres que usted permite que nosotros consultemos sobre recogimiento de prescripciones i/o muestras de medicamento, por favor también incluya su relación. No daremos prescripciones i/o muestras o discutiremos de su cuidado medico con ninguna persona quien nombre no esté en esta lista.

-Una licencia de conducir o forma de identificación con foto será requerida para recoger recetas.

Nombre	Relación	Nombre	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de Paciente o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_