

CENTER FOR COMMUNITY BUILDING, INC
3525 NORTH 6TH ST
HARRISBURG, PA 17110
717-232-7009 MATP NUMBER 717-232-9884 FAX NUMBER
1-800-309-8905 TOLL FREE NUMBER

CONDADO de DAUPHIN
PROGRAMA de TRANSPORTACION de ASISTENCIA MEDICAL (MATP)

Autorizacion para la Liberacion de Informacion Medica

Yo, _____ doy autorizacion a la
(Nombre de Cliente) organizacion anterior

(Direccion)

(Numero de Telefono)

Proveedor de Atencion Medica

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)

Entiendo que le estoy dando una autorización para la liberación de la verificación de la cita médica confidencial y que puedo revocar este comunicado en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona u organización que es que la divulgación ha actuado ya sobre él.

Firma de Cliente o Guardian

Fecha

Nombre de Cliente: _____

Proveedor de Atencion Medica

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)

(Nombre de Proveedor)

(Direccion)

(Numero de Telefono)