



Formato de consentimiento
Health Network Consent
Programa infantil
Infant Program

Yo/I _____
Nombre del paciente / Name of patient *Fecha de nacimiento / Date of birth*

Doy mi consentimiento para que el programa, Health Network piden, retengan y envíen los expedientes médicos de mi niña/o para fines de coordinación de la atención médica durante el tiempo que ella/el necesita atención/ I give my consent for Health Network to request, hold and send my child's medical records to any medical provider who may provide her/him with medical care.

Firma / Signature *Fecha / Date*

Fecha de caducidad / Expiration Date

Firma de la persona que testifica el consentimiento / *Fecha / Date*
Signature of Person Witnessing Consent

Un contacto en los EEUU que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se puede comunicar/
A contact person in the United States with whom Health Network can communicate who will always know the patient's location.

Nombre del contacto / Name of contact *# telefónico o correo electrónico / Phone # or email*

**Para que este formulario de consentimiento puede ser vigente toda la información solicitada DEBE ser incluida/ So that this consent form can be valid, all requested information must be included.*

Para el proveedor de servicios de salud / For the health care provider.

Medical reason to request continuity of care support from Health Network:

Health care services required by the patient:

Please attach all medical records (screening results, hospital discharge plans, lab results) to this consent.