



RECIBO DE INFORMACION

Nombre de Cliente: _____

Yo doy mi permiso a Cancer Services, los directores, empleados, beneficios públicos y agentes defensores para que ellos puedan obtener de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a hospitales, médicos, agencias, proveedores médicos, agencias de servicios sociales y otros para fotocopiar, revisar, y liberar todos mis documentos y/o información financiera acerca de mi, a la discreción de Cáncer Services, a cualquier y todas las entidades públicas y / o privadas u otra persona con el propósito de evaluar la solicitud y el intento de obtener beneficios públicos o privados para mí y / o mi familia inmediata.

Yo entiendo que Cáncer Services va a ser lo que sea necesario para proteger mi identidad y mi información personal y que solo la información necesaria será publica. La pregunta de privacidad será entre mis doctores y Cáncer Services.

Yo le ___doy o ___ no le doy permiso a Cáncer Services para que use fotos, audio, y videos digitales, u otras representaciones de mi imagen para usos de promover u otros usos.

Este permiso puede ser revocada por mí o mi representante legal en cualquier momento por escrito y dirigido al Director Asistente de Cáncer Services, 3175 Maplewood Ave, Winston-Salem, NC 27103.

Una fotocopia o tele facsímil (o copia por otros medios electrónicos) de este Recibo de Informacion y la Liberación será válida como el documento suscrito originalmente.

Firma _____ Fecha _____