

Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center



1. Responsabilidades Financieras

Yo, por medio de mi firma, autorizo que todos los pagos por servicios medicos se den a Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center. Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por gastos que queden pendientes.

X _____
Firma

Fecha

2. Historiales Medicos

Yo por la presente autorizo a cualquier medico o organizacion a otorgar cualquier informacion con respecto a mis historiales medicos a Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center.

X _____
Firma

Yo _____ autorizo a Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center para recibir informacion relativa a mis historiales medicos.

X _____
Firma

3. Fotos/Videos

Yo doy permiso para que se tomen FOTOS/VIDEOS mientras estoy recibiendo tratamiento, y se muestren a la discrecion de Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center.

X _____
Firma

Fecha

4. Servicios de Salud en su Hogar

¿ Recibe Servicios de Salud en el Hogar? _____ Si _____ No

Agencia: _____

Telefono: _____