

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

Tratamiento de Menores/Adultos Bajo Tutela en Ausencia del Padre/Tutor Legal

Revocación del Consentimiento

Consent Revocation - Treatment of Minor/Adult Ward in Parent/Legal Guardian Absence

Página 1 de 1

Page 1 of 1

Dirección del paciente (*Patient address*) _____

Ciudad (*City*) _____ Estado (*State*) _____ Código postal (*ZIP*) _____

Número de teléfono de casa (*Home telephone number*) _____

Por medio del presente revoco el formulario de Consentimiento – Tratamiento de Menores en ausencia del Padre/Tutor Legal, o el Consentimiento – Tratamiento de Adultos bajo tutela en ausencia del Tutor Legal, otorgado por mí el
I hereby revoke the Consent – Treatment of Minors in Parent/Legal Guardian Absence or Consent – Treatment of Adult Ward Legal Guardian Absence form(s) generated by me on

(fecha: mes/día/año) _____ / _____ / _____ a:
(date: month/day/year) to:

Nombre de la persona autorizada (*Appointee name*) _____

Dirección (*Address*) _____

Ciudad (*City*) _____ Estado (*State*) _____ Código postal (*ZIP*) _____

Yo entiendo que este formulario de revocación del Consentimiento – Tratamiento de Menores en ausencia del Padre/Tutor Legal, o el Consentimiento – Tratamiento de Adultos bajo tutela en ausencia del Tutor Legal no serán ya válidos si Marshfield Clinic Health System los ha utilizado ya o ha permitido el consentimiento para la atención médica basados en mi autorización.

I understand that this revocation of the Consent – Treatment of Minors in Parent/Legal Guardian Absence or Consent – Treatment of Adult Ward Legal Guardian Absence form(s) will not be valid if Marshfield Clinic Health System has already used or allowed for the consenting of care in reliance upon my authorization.

Firma del paciente (O de la persona autorizada para dar consentimiento en nombre del paciente)
Patient signature (Person authorized to consent for patient)

(Relación con el paciente)
(Relationship to patient)

_____/_____/_____
Fecha de firma (m/d/a)
Signature date (m/d/y)

Envíe el fomulario finalizado a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: medicalrecords@marshfieldclinic.org

Send completed form to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org