



PERMISSION FOR RELEASE OF INFORMATION OVER THE PHONE AND OR VIA MAIL

I _____ give St. Vincent Health permission to contact me:

By Phone:

Home Phone # _____

May leave detailed message _____

May leave call back # only _____

Cell/Other Phone # _____

May leave detailed message _____

May leave call back # only _____

Permission to text: Yes _____ No _____

By Mail:

Mailing Address: _____

Other Address: _____

E-mail for Patient Portal: _____

If St. Vincent Health is unable to get ahold of me, I give them permission to contact and share my health information with the following individual:

Name: HMI Representative _____

Relationship: Loco parentis _____

Phone #: (719) 486-8200 _____

Signature: _____ Date: _____



PERMISO PARA REVELAR INFORMACION POR MEDIO DEL TELEFONO O CORREO

Yo _____ doy permiso a St. Vincent Health para contactar me:

Por Telefono:

Telefono de casa # _____

Puede dejar mensaje _____

Puede dejar # de telefono para registrar la llamada _____

Celular/Ortor # de telefono _____

Puede dejar mensaje _____

Puede dejar # de telefono para registrar la llamada _____

Por Correo:

Direccion fisica: _____

Otra direccion: _____

Correo electronico para el potal del paciente: _____

Si no puede contactarme St. Vincent Health, yo doy permiso para que contacten y den mi inoframction de salud al siguriente individuo

Nombre: HMI Representante

Relacion: Loco parentis

de telefono: (719) 486-8200

Firma: _____ Fecha: _____