ACEPTO que se divulgue la información protegida de salud como se especifica en este formulario.

NO ACEPTO que se divulgue la información protegida de salud como se especifica en este formulario.

Nombre del Beneficiario (Imprenta)

Representante Legal/ Relación con el Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante Legal

Fecha

Firma del Entrevistador del MIHP

Fecha