Authorization to Discuss Treatment rvsd

I authorize the person(s) named in the list below as noted in the Authorizations to act or receive as noted for **Patient**: _____- **Date of Birth:** _____ - (self, minor child or individual with Healthcare designee)

Autorizo a la(s) persona(s) nombrada(s) en la lista a continuación, como se indica en las Autorizaciones, a actuar o recibir según se indica para el **Paciente:** _____ - **Fecha de nacimiento:** _____ -(él mismo, un menor o una persona con un representante de atención médica)

Medical Authorization - ***to include:***

- Authorization to discuss/bring to appointments
- Diagnosis and appointment information
- Pick up Prescriptions and Shot records

Financial Authorization:

- Receive Financial Information

Autorización Asuntos Médicos - ***a incluir:***

- Autorización para hablar/traer a las citas
- Diagnosis e información de citas
- Recoger recetas y registros de vacunas

Autorización Financiero

- Recibir información del estado de cuenta

Authorized Individual(s)	
Relationship Authorized Individual 1	○ Child ○ Spouse ○ Friend ○ Parent ○ Sibling ○ Guardian
Authorized Individual 1 Phone	
Authorized Individual 2	
Relationship Authorized Individual 2	○ (Other)Relative ○ Child ○ Friend

	○ Guardian ○ Parent ○ Sibling ○ Spouse
Authorized Individual 2 Phone	

- I understand that telephone triage and advice services will not be extended to the above person(s) unless it is regarding direct patient care. When the above listed individual(s) bring a patient for their medical care at Cooperative Health, their identity will be verified by asking for a picture ID. If the individual bringing the patient to the office visit does not have a picture ID and is not listed on this form, we may not be able to see the patient and the appointment will be rescheduled.

- Entiendo que diagnosticar y aconsejar por teléfono no se proporcionará a las personas indicadas arriba a menos que tenga que ver directamente con la atención del paciente. Cuando una de las personas designadas arriba trae a un paciente para recibir atención médica en Cooperative Health, su identidad será verificada mediante identificación con foto. Si el individuo que trae al paciente a su cita no cuenta con una identificación con foto y no aparece en la lista de personas designadas arriba, es posible que no atendamos al paciente y la cita deberá ser reprogramada.

By Signing Below/ Al firmar a continuación,

-I understand that I may revoke or modify this authorization at any time and that any revocation or modification must be made in writing.

-Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento y que cualquier revocación o modificación debe hacerse por escrito.

- I understand that this form expires a year from the date of Signature.

-Entiendo que este formulario caduca al año de la fecha de la Firma.

Revised April 3, 2026

Your signature (full name)	