

FORMA DE REFERIDO AL DOCTOR

Yo, _____ autorizo al AIDS Care Project a que se ponga en contacto con mi doctor(a) para que el(ella)les envíe una carta confirmando que si supro de de SIDA y refiriendome a los tratamientos de acupuntura. Tambien le doy permiso al AIDS Care Project a que dialogue frecuentemente con mi doctor(a) primario.

Yo recibo mi tratamiento medico en _____.

El nombre de mi doctor(a)es _____.

El telefono es _____ fax _____.

Yo comprendo, que de acuerdo con las leyes de el estado de Massachusetts, mi doctor(a) no le puede dar informe sobre mi salud a el AIDS Care Project sin mi consentimiento escrito y que no estoy obligado a dar ese consentimiento.

Yo le doy permiso a mi doctor(a) a que provea mi historiad medico a el AIDS Care Project.

FIRMA

DIA

PARA EL USO DE EL MEDICO NADA MAS

Yo, _____, refiero _____

Para que se de tratamiento de acupuntura para la infeccionde SIDA en el AIDS Care Project.

FIRMA DE EL MEDICO

DIA

HOSPITALES QUE VISITA

NUMERO DE TELEFONO