´ À Ç º µ # _ g Ã Ð Þ Û Ú Ù Þ Ô Í × Ð Á Ì Ý ß ä Consent Form

Ã Ð Þ Ô Ï Ð Ù ß Ú Ý Patient Information

Last Name	First Name	Date of Birth	Gender

Address	City	State	Zip	SSN* (or driver's license)

Primary Care Provider (PCP) Name	PCP Phone Number	PCP Fax Number

PCP Address	City	State	Zip

Ä Ä ¿ Ì Ù Ï Þ ß Ì ß Ð Ú Ñ Ý Ð Þ Ô Ï Ð Ù Î Ð Ú Ý Þ ß Ì ß Ð Ô Ï Ð Ù ß Ô Ñ Ô Î Ì ß Ô Ú Ù * Ï Ý Ô á Ð Ý Þ × Ô Î Ð Ù Þ Ð Ô Þ Ù Ð Ð Ï Ð Ï ß Ú á Ð Ý Ô Ñ ä Û Ì [illegible] Ï Ý Ô á Ð Ý Þ × Ô Î Ð Ù Þ Ð Ô Þ Ù Ú ß [illegible] ä Ú à Ì ß ß Ð Ø Û ß Ð Ï ß Ú Î Ì Û ß à Ý Ð ß Ó Ô Þ Ô Ù Ñ Ú Ý Ø Ì ß Ô Ú Ù Ó Ì á Ð this information at the time of service, or that you did not have direct contact with the patient and thus did not have an opportunity to attempt to capture this Ô Ù Ñ Ú Ý Ø Ì ß Ô Ú Ù ´ × Ì Ô Ø Þ Þ à Í Ø Ô ß ß Ð Ï â Ô ß Ó Ú à ß Ì Ä Ä ¿ Ì Ù Ï Þ ß Ì ß Ð Ú Ñ Ý Ð Þ Ô Ï Ð Ù Î Ð Ú Ý Þ ß Ì ß Ð Ô Ï Ð Ù ß Ô Ñ Ô Î Ì ß Ô [illegible]

´ À ¿ Ä ¶ ¿ Å À Ã Ä ¶ Ã Ç º ´ ¶ [illegible]

² Æ Å ¹ À Ã º Ë ² Å º À À Ä ¶ Â Æ ¶ Ä Ä Ê ¾ ¶ ¿ Å º Ï Ú Ð Ý Ð Î [illegible]

µ º Ä ´ ½ À Ä Æ À Ã ¶ ´ À Ã µ Ä º [illegible]

Ç Ì Î Î Ô Ù Þ Ô Ù Ñ Ý Ð Þ Ô á Ð [illegible]

º Ñ ä Ú à Ì Ý Ð × Ð Ò Ì × × ä Ý Ð Þ [illegible] resident ... please provide the following:

¿ Ì Ø Ð Ú Ñ Ã Ð Þ Û Ú Ù Þ Ô Í × Ð Á Ì Ý ß ä Ú Ñ ² ß ß Ú Ý Ù Ð ä	Ã Ð × Ì ß Ô Ú Ù Þ Ó Ô Û	µ Ì ß Ð

Ä Ô Ò Ù Ì ß à Ý Ð Ú Ñ Ã Ð Þ Û Ú Ù Þ Ô Í × Ð Á Ì Ý ß ä Ú Ý Á Ú â Ð Ý Ú Ñ ² ß ß Ú Ý Ù Ð ä Ó Ú Ì Ø Ð ¿ à Ø Í Ð Ý