



Nombre de Paciente: _____

Confidencial de comunicación: la comunicación entre nuestra práctica y usted, el paciente, es fundamental para su salud. Por favor escriba el número de teléfono(s) en el que podemos comunicarnos con usted.

Domicilio: _____

Trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Otros: _____

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Su información médica y de la comunicación de esa información es esencial para su atención médica. Preferimos hablar directamente con cada paciente, pero entendemos que otras personas de los miembros de la familia pueden tener conocimiento y ayudar en su cuidado. Por favor liste a las personas quien están autorizados a discutir su cuidado. (NOTA: no podemos hablar de su cuidado con los demás, incluyendo sus cónyuges o a otros miembros de la familia que viven con usted, a menos que estén listado a continuación).

Nombre de la Persona	Relación con paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Autoriza a los miembros autorizados para entrar a su portal de pacientes? Sí o No

En caso de emergencia: Si no tenemos éxito en usted llegar a los números anteriores, por favor enumerar otros que podemos contactar para conseguir un mensaje para llamar a nuestra oficina.

Nombre de la Persona	Relación con paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firmas: por la presente autorizo el uso o divulgación de la información personal de salud como se ha descrito anteriormente

Paciente/tutor Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____