



Autorización para comunicarnos con el paciente

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de hoy ___/___/___

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Anote por favor sus numeros de teléfono

(Teléfono de Casa) (___)-____-____

(Teléfono de Trabajo) (___)-____-____

(Teléfono de celular) (___)-____-____

Si usted no está disponible al hablarle nosotros, podriamos dejar un mensaje de voz?

- No deje mensaje de voz.
- Si puede dejar mensaje de voz.

Marque que tipo de mensaje podremos dejar

- Cualquier información
- Resultados de estudios
- Información sobre consultas/ citas
- Información sobre cobros/ estados de cuenta

Si usted no está disponible al hablarle, con quien podríamos dejar recado?

- Comuníquense solo conmigo
- Con Otra Persona, Nombre: _____
relación con paciente _____

No. de teléfono (___)-____-____

Marque qué tipo de información Podemos darle a esta persona

- Cualquier información
- Resultados de estudios
- Información sobre consultas/ citas
- Información sobre cobros/ estado de cuenta

Firma del Paciente O de persona responsable

Escribe el nombre del paciente o persona legal responsable de la Paciente

El parentesco con el paciente