

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Esta información es para el uso de la clínica Health Ministries para razones de comunicación con respecto a su atención médica o información de facturación. Vamos a mantener esta información en su expediente médico.

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/ AÑO): ____/____/____

INDIQUE LOS TELEFONOS DE CONTACTO:

(Hogar) (____)-____-____

(Trabajo) (____)-____-____

(Celular) (____)-____-____

SI NO ESTA DISPONIBLE LE PODREMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ?

No, no deje un mensaje de voz

Si, por favor deje un mensaje de voz

SI NO ESTA DISPONIBLE – ¿CON QUIEN NOS PODEMOS COMUNICARNOS?

Comunicarse conmigo solamente

Por favor, marque todas las que apliquen.

CONYUGE (Nombre): _____ Teléfono: (____)-____-____

Cualquier información

Resultados de exámenes

Información de citas

Información de facturación

Otro _____

HIJO (A) (Nombre): _____ Teléfono: (____)-____-____

Cualquier información

Resultados de exámenes

Información de citas

Información de facturación

Otro _____

(Nombre): _____ Teléfono: (____)-____-____

(Relación con el Paciente) _____

Cualquier información

Resultados de exámenes

Información de citas

Información de facturación

Otro _____

____/____/____

Fecha

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre del paciente o representante del paciente en letra molde

Por favor notifiquenos de cualquier cambio inmediatamente.