Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Esta información es para uso de Health Ministries Clinic para la comunicación con respecto a su atención médica o información de facturación. Conservaremos esta información en su registro médico. Por favor notifíquenos de inmediato cualquier cambio.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ /____/_____

LISTA DE NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO:

Casa: (_____) _____-_____

Trabajo: (_____) _____-_____

Celular: (_____) _____-_____

SI NO ESTÁ DISPONIBLE, ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ?

☐ No, no deje un mensaje de voz

☐ Sí, deje un mensaje de voz

SI NO ESTÁ DISPONIBLE, ¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS? MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE.

☐ **Comunicarse SÓLO CONMIGO**

☐ **Cónyuge (Nombre):** _____ Teléfono: (_____) _____-_____

☐ Cualquier Información ☐ Información sobre citas

☐ Resultados de pruebas ☐ Información de facturación

☐ Otros : _____

☐ Hijo/a (Nombre): _____ Teléfono : (_____) _____-_____

☐ Cualquier Información ☐ Información sobre citas

☐ Resultados de pruebas ☐ Información de facturación

☐Otros: _____

☐ Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____-_____

Relación con el paciente: _____ ☐ Resultados de pruebas

☐ Cualquier Información ☐ Información sobre citas

☐ Información de facturación

☐ Otros :_____

LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto : _____ Número de Contacto:(____)-_____-_____

Relación con el paciente : ☐ Cónyuge ☐ Padres ☐ Hijo/a ☐ Otros : _____

Nombre de Contacto : _____ Número de Contacto: (___)-_____-_____

Relación con el paciente : ☐ Cónyuge ☐ Padres ☐ Hijo/a ☐ Otros : _____

_____ _____/_____/_____

Firma del Paciente/Guardián **Fecha**

_____

Deletree Nombre del Paciente/Guardián y Relación