



## AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

### Recordatorios de citas

¿En cuál teléfono podemos dejar mensajes con respecto a su cita?

**Circule todos los que apliquen:** texto / correo electrónico / mensaje de voz en el celular / mensaje de voz en casa / mensaje de voz en el trabajo / no llamar

**Información médica** (resultados de exámenes, recetas, información de tratamiento, cambio de medicinas, etc.)

¿En cuál teléfono podemos dejar mensajes con respecto a su información médica?

**Circule todos los que apliquen:**

mensaje de voz en el celular/ mensaje de voz en casa / mensaje de voz en el trabajo / no llamar

**Personas autorizadas para hablar con el doctor/ enfermeras/empleados acerca de su cuidado de salud.**

Nombre	Número de Teléfono	Relación al Paciente

He verificado toda la información arriba mencionada y he dado mi consentimiento de comunicarse conmigo como se indica en este documento. Este documento se expira 2 años después de la fecha en que se firmó.

Firma del Paciente/Guardián

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_