

**Autorización de uso y Declaración de Protección de la Salud Información-
Debe estar completamente llenada**

Nombre del paciente: _____ **Estatu Civil: C D V S**
Dirección del paciente: _____
Ciudad _____ código postal _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____
Seguro Social del Paciente #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Paciente:
Hombre o Mujer
GISD en qué escuela / lugar esta empleado: _____ **Teléfono de Trabajo**
_____ ID de Empleado # _____
Empleador del Paciente: _____
Su Teléfono del trabajo _____
Relación del paciente al asegurado: _____

Si usted tiene la respuesta de voz, podemos dejar mensajes acerca de citas, tratamientos y / o cualquier información relacionada con su salud? **(Marque uno): SI o NO**

Por favor, háganos saber la mejor manera de contactarlo?

(Marque uno o más): **Trabajo Casa Celular**

¿Podemos hablar con su esposo/esposa o padres?: **(Marque uno) Sí o No**

Nombre de esposo/esposa o padres: _____

¿Quién puede llevar a su hijo a la clínica que no sea usted? Por favor escriba aquí sus nombres: _____

En caso de una emergencia, **por favor proporcionar a una persona de contacto, si el paciente es menor de edad**, nos gustaría que alguien que no sea los padres porque estaríamos en contacto automáticamente con los padres:

Nombre: _____

Teléfono: 1) _____ 2) _____

Relación con el paciente: _____

NOMBRE DE SU DOCTOR
PRIMARIO

Firma del paciente o persona autorizad

Relación con el paciente

Fecha de hoy

Nombre del paciente escrito