

**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