

Paciente (Apellido)

(Nombre)

(Inicial del 2º
nombre)

Fecha de nacimiento
(AA/MM/DD)

Deseo ser contactado(a) de la siguiente manera (por favor marque todas las opciones pertinentes):

Teléfono de la casa: () -

Teléfono del trabajo: () -

Teléfono celular: () -

¿Podemos enviarle por correo a su casa un recordatorio de que necesita programar una cita? Sí No

¿Podemos enviarle por correo a su casa los resultados de las pruebas? Sí No

¿Podemos dejarle mensajes con información sobre sus citas en su contestadora / correo de voz? Sí No

¿Podemos dejarle mensajes con información sobre sus facturas en su contestadora / correo de voz? Sí No

¿Podemos dejarle mensajes con información médica en su contestadora / correo de voz? Sí No

En caso de estar disponible, ¿quisiera tener la capacidad de contactar la oficina mediante mensajes electrónicos seguros por correo electrónico? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es su dirección de correo electrónico? _____

Doy mi permiso para que compartan información médica y sobre citas y facturas con las personas nombradas a continuación:

Información sobre citas: _____

Información sobre facturas: _____

Información médica: _____

Firma del paciente / padre o tutor legal

Fecha

Hora

AM / PM

SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM
MEDICINA INTERNA NEWTOWN
CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR
AL PACIENTE / HIPAA
(NEWTOWN INTERNAL MEDICINE HIPAA / PATIENT CONTACT CONSENT)
930291 Rev. 04/17

PLACE PATIENT ID LABEL HERE