PediPlace
MAKING HEALTHCARE A REALITY FOR EVERY KID

502 S. Old Orchard Ste 126
Lewisville, TX 75067
972.436.7962

Autorizacion para Communicar Informacion de Salud Personal

Yo autorizo a PediPlace para que deje mensajes de informacion personal de salud (que incluyen pero no limitan laboratorios y ortos resultados) para el paciente mencionado en la parte de abajo.

_____ ___/___/___
Nombre de Paciente Fecha de Nacimiento

Porfavor diganos donde prefiere recibir recordatorios y informacion medica (citas, medicamientos, resultados de laboratorios, y las respuestas a sus preguntas). **Porfavor circule uno:**

Numero de casa	**Numero de cellular**	**Numero de trabajo**
Direccion de casa	**Correo electronico**	**Portal de paciente**

Los **mensajes** de informacion de salud personal se pueden dejar en los siguientes numeros:
Telefono de Casa (____) _____-_____ Telefono de Celular (____) _____-_____
Telefono de Trabajo (____) _____-_____

La informacion de salud personal se puedo **discutir** con las siguientes personas:

_____ _____
Nombre Nombre

Numero al que podemos mandar un **texto** para recojer las formas y rellenos de medicamentos:
(____) _____-_____
Telefono cellular

Correo electronico para el Portal Medico: _____@_____

Usted es responsable de notificar a la officina lo mas pronto posible si alguna de la informacion de arriba ha cambiado. Si usted no proporciona con la informacion correcta, la informacion medica de su niño/a puede ser mandada a alguien mas por error.

Al firmar lo siguiente usted esta autorizando a PediPlace para mandar informacion medica a su preferido metodo de contaco enlistado arriba.

_____
Nombre escrito

_____
Firma Fecha

__**No quisiera recibir recordatorios y yo contactare la oficina cuando ocupare cita o relleno de medicamiento.**

_____
Nombre escrito

_____
Firma Fecha

Esta forma se require ser actualizada cada año.

Fax: 972.420.0085