

Cuestionario de paciente

- 1) Por favor ponga en lista a los miembros de familia u otras personas, si alguno, a quien podemos informar sobre su enfermedad general y su diagnostico (incluso tratamiento, pago y operaciones de la asistencia medica.

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

- 2) Por favor imprima la direccion a la que las facturas y/o correspondencia desde nuestra oficina para su envio si distinta de la de inicio.

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

- 3) Por favor, indique si desea toda la correspondencia de nuestra oficina envia en un sobre sellado como "CONFIDENCIAL" SI ___ No ___

- 4) Por favor, imprima el numero de telefono llamadas acerca de sus citas de laboratorio y resultados en la radiografia u otra informacion de la asistencia medica si ademas de su numero de casa. Numero Telefonico _____

- 5) Pueden dejar mensajes confidenciales en su contestador o buzón de voz. Si ___ No ___

EMAIL: _____

FACETIME DISPONIBLE: SI NO

Firma de paciente _____ Fecha: _____