

Centro Médico de Neurología
Neurologic Care Associates, P.C.

Información telefónica para comunicarnos con usted

Nosotros podríamos necesitar ponernos en contacto con usted de vez en cuando para hablar acerca de su cuidado médico.

Por favor, díganos cómo podríamos ponernos en contacto con usted (**marque todas las que apliquen**).

_____ Home phone / Teléfono de su casa _____

_____ ¿Está de acuerdo en que dejemos información detallada en su contestador?

_____ ¿Está de acuerdo en que le dejemos solamente un mensaje con un número de teléfono para pueda devolvernos la llamada?

_____ ¿Está de acuerdo en que le dejemos un mensaje con un miembro de su familia en este número?

_____ Work phone / Teléfono de su trabajo _____

_____ ¿Está de acuerdo en que le dejemos un mensaje en el buzón de mensajes con información detallada?

_____ ¿Está de acuerdo en que solamente le dejemos un mensaje con un número de teléfono para que pueda devolvernos la llamada?

_____ Cell Phone / Teléfono celular _____

_____ ¿Está de acuerdo que le dejemos un mensaje en el buzón de mensajes con información detallada?

_____ ¿Está de acuerdo en que le dejemos un mensaje con un número de teléfono para que pueda devolvernos la llamada?

_____ ¿Hay alguna otra persona a quien usted permita que nosotros le proporcionaremos información?

Nombre _____

Parentesco _____

Número de teléfono _____

Nombre (con letra de molde) Fecha

Firma del Paciente Fecha de nacimiento