



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido (si es diferente): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

(Para recordatorios de citas y comunicación con la clínica)

### DIRECCIÓN POSTAL

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (Marque todas las opciones que apliquen)

Llamada Telefónica  Mensaje de Texto  Correo Electrónico  Portal del Paciente

### CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

Autorizo a **Westside Pediatric Clinic, P.C.** a contactarme utilizando la información proporcionada anteriormente para la programación de citas, recordatorios, facturación y otros asuntos relacionados con la atención médica. Entiendo que puedo actualizar mis preferencias de contacto en cualquier momento notificando a la clínica.

Firma del Paciente (18+): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_