



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: _____