



IDENTIFICACION
DEL PACIENTE AQUÍ

PACIENTE/LISTA DE CONTACTO FAMILIAR
PATIENT/FAMILY CONTACT LIST

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contactos

Personas que tengan permiso para recibir información detallada sobre su tratamiento (PHI):

CONTACTO PRIMARIO

| | |
|--|---------------------|
| Nombre: | Números telefónicos |
| | Celular: _____ |
| Parentesco: | Domicilio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica | Otro: _____ |

CONTACTOS SECUNDARIOS

| | |
|--|---------------------|
| Nombre: | Números telefónicos |
| | Celular: _____ |
| Parentesco: | Domicilio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica | Otro: _____ |

| | |
|--|---------------------|
| Nombre: | Números telefónicos |
| | Celular: _____ |
| Parentesco: | Domicilio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que involucremos a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica | Otro: _____ |

Rechazo asignar un representante en esta oportunidad.

Comentarios/Otra información:

Este formulario entra en vigencia a partir de su otorgamiento y permanecerá en efecto a menos que sea revocado por mi persona.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación con el paciente: _____