



## Números De Contacto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Cuando sea necesario que nos comuniquemos con usted con respecto a la información de salud, por favor indique (en orden de preferencia) los números de teléfono que podemos usar. Por favor Elije sí o no, si podemos dejar un correo de voz detallado con información médica.

- |    |       |                      |               |    |    |
|----|-------|----------------------|---------------|----|----|
| 1. | _____ | Casa/Trabajo/Celular | Correo de voz | SI | NO |
| 2. | _____ | Casa/Trabajo/Celular | Correo de voz | SI | NO |
| 3. | _____ | Casa/Trabajo/Celular | Correo de voz | SI | NO |

## Formulario De Autorización De Privacidad

Yo autorizo a Pain Care Physicians a divulgar cualquier información médica y resultados de pruebas que pertenezcan a mí, a las siguientes personas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Yo Autorizo a Pain Care Physicians a contactar a la persona(s) mencionadas arriba para transmitirme cualquier información pertinente, en el caso de que no pueda ser contactado por la instalación.

Yo, Entiendo que puedo revocar/cancelar esta autorización con Pain Care Physicians notificando por escrito mi intención de revocar la autorización o cambiar el nombre(s) de las personas a quien se le puede divulgar información.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Physical Medicine & Rehabilitation | Pain Medicine

2315 W Ben White Blvd Austin, TX 78704 | P (512) 326-5440 | F (512) 326-8660 | [www.paincarephysicians.com](http://www.paincarephysicians.com)