



**Patient Contact Information**  
 Información de Contacto del Paciente

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Del Paciente Fecha de Nacimiento

**Please contact me in the following manner (Please check all that apply):**  
 Por favor contáctame de las siguientes maneras (marque todas las que apliquen):

\_\_\_ **Home #:** \_\_\_\_\_ **Detailed Message** **Call Back ONLY**  
 Tel. de Casa Mensaje Detallado Sólo el mensaje para devolver la llamada

\_\_\_ **Cell #:** \_\_\_\_\_ **Detailed Message** **Call Back ONLY**  
 Tel. Celular Mensaje Detallado Sólo el mensaje para devolver la llamada

\_\_\_ **Text to Cell (Texto al Celular):** \_\_\_\_\_ **Appointments (Citas)** **Results (Resultados)**

**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Relation to patient:** \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia Relación con el paciente

**Home # (Tel. de Casa):** \_\_\_\_\_ **Cell # (Tel. Celular):** \_\_\_\_\_

**Street:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

**I designate the following person(s) listed below as a person(s) involved with my healthcare and/or payment (circle as applicable), to whom the information circled "yes" below may be released:**

Designo la siguiente(s) persona(s) que aparece a continuación como una persona(s) involucradas en mi cuidado de salud y/o pago (círculo que corresponda), para quienes la información círculo con "sí" a continuación puede ser liberada:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación Teléfono

**Health Info: Yes/No [circle as applicable]** **Payment Info: Yes/No [circle as applicable]**  
 Información de Salud Información Acerca Del Pago

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación Teléfono

**Health Info: Yes/No [circle as applicable]** **Payment Info: Yes/No [circle as applicable]**  
 Información de Salud Información Acerca Del Pago

**Patient Name or Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente ó Persona Autorizada Fecha

**Patient Signature or Guardian Signature:** \_\_\_\_\_  
 Firma Del Paciente ó Persona Autorizada