

## Who Are Your Doctors?

### ¿Quiénes son sus doctores?

SU NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor proporcione una lista de todos los médicos a quien quiere que se le envíen su información médica después de la evaluación.

#### Médico de Referido/El Dr. Que lo envió al programa para la evaluación

Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código \_\_\_\_\_

#### Dr. De Cabecera/El Dr. que lo atiende por asuntos médicos como un resfriado

Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código \_\_\_\_\_

#### Otro Médico/ No listado que usted quiere que sea notificado

Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código \_\_\_\_\_

#### Laboratorio que usará en su Comunidad

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

#### Hospital Local que usará en caso de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

#### ¿Nos da Permiso Proporcionar su Información Médica a Otra Persona?

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

*In caso de emergencia que no podemos comunicarnos con usted podemos marcarle a la persona antenominada?*

FIRMA \_\_\_\_\_