

Miguel A. Arenas, M.D., P.C

Certificado en Medicina Interna y Gastroenterología

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACION DE LOS EXPEDIENTES MEDICOS.

Nombre del Paciente _____ FDN: ____/____/____

Nos pondremos en contacto con usted a través de correo electrónico y/o nuestro portal del paciente o por teléfono,
Por favor seleccione cuál usted prefiere: _____

Si necesitamos contactarlo por teléfono, ¿qué número debemos usar? _____

Podemos dejar un mensaje detallado con su información médica con otra persona en los números anteriores y/correo electrónico? Si es así, por favor enumere el nombre aquí:

Medicación

Por favor escriba todos los medicamentos actuales aquí:

Alergias

Por favor, escriba todas las alergias y reacciones a los medicamentos, alimentos, medio ambiente) Ejemplos: látex, yodo, huevo, etc.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Poder notarial o firma autorizada: _____ Fecha: ____/____/____