

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
 Dallas, TX 75201
 Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101
 Dallas, TX 75224
 Tel: (214) 330-9221

COMUNICACIÓN CON USTED

Le pedimos que complete este formulario para poder identificare la manera más efectiva con la que nuestro personal se pueda comunicar con usted para proporcionarle resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, información acerca de prescripciones o responder a un mensaje que dejo para el consultorio médico. **Nosotros nos podemos comunicar a través del correo, correo electrónico, por teléfono, incluyendo mensajes de voz.**

Por favor, marque todas las casillas que dan permiso a Metroplex Medical Centres para comunicarse con usted:

- Me puede contactar por teléfono Teléfono: _____
- Usted puede dejar una mensaje de voz Teléfono: _____
- Me puede contactar por correo
- Me puede contactar a través de correo electrónico Correo Electrónico: _____

Si usted da permiso para que nos comuniquemos con otra persona, complete la siguiente lista:

Nombre	Relación	Teléfono	Opciones
1.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud
2.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud
3.			<input type="checkbox"/> Información de facturas <input type="checkbox"/> Información de cita <input type="checkbox"/> Información médica/de salud

Esta solicitud reemplaza a cualquier previa solicitud que haga hecho.

Firma del Paciente/Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Responsable (impresion)

Relación con el paciente (impresión)

Farmacia preferida

Nombre de la farmacia: _____ **Teléfono:#** _____

Dirección de farmacia: _____