



James S. Rellas, M.D., M.S., F.A.C.C. • M. Kevin Graves, M.D., F.A.C.C. • Phillip E. Burket, M.D., F.A.C.C.

Forma de Registro de Cliente

Numero de Teléfono de Plano/Lewisville: (972) 939-8294
FAX: (214) 731-0240

Numero del Teléfono de Mesquite/Farmers Branch: (972) 620-9111
FAX: (972) 620-9187

LA FECHA: ___/___/___ SITUACION DEL OFICINA: HFPRE LEWCN RHD HFMS DENTON RECORD NUMBER: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Por favor use su nombre legal entero, no apodos) (Señor) (Señora) (Señorita) (Doctor)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Nombre Media _____

Quien se refiere a nuestro oficina _____

Como se quiere ser llamado por su doctor _____

Dirrección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codgo Postal _____

Número del Teléfono de Casa (____) _____ - _____ Número de Celular/ Buscapersonas (____) _____ - _____ Otra Número (____) _____ - _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ____ Sexo ____ Estado Civil: (Casado) (Divorciado) (Solo) (Enviudado)

Número de Licencia de Conducir _____

Nombre de Empleador _____ Dirección _____

Número de Teléfono de Trabaja (____) _____ - _____ Correo Electronico _____

Nombre de Contacto Emergencia _____ Relación _____

Número de Teléfono Emergencia (____) _____ - _____ Nombre de Farmacia: _____ Número Teléfono (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE GARANTE : (El persona responsable para la cuenta – use el nombre legal entero, no apodos)

Relación de Garante al Cliente : (Su Mismo) (Esposo) (Padre) (Otro) _____

Si la información del su mismo y contacto es los mismo de arriba, marque aquí,

Apellido _____ Nombre _____ Inicial de Nombre Media _____

Dirrección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ____ Sexo ____ Número de Teléfono de Casa (____) _____ - _____

Número del Teléfono de Trabaja(____) _____ - _____

Nombre de Empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Por favor permita a el recepcionista copiar su tarjetas del seguro identificación y licencia de conducir)

Seguro Primario

Nombre de Plan _____ Nombre de Persona Segura _____

Número de Seguro Social del Persona Segura _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento del Persona Segura ___/___/___

Número de Poliza/Identificacion _____ Numero del Grupo _____ Fecha de Efectiva _____

Dirección de Reclamos _____ Número de Teléfono (____) _____ - _____

Seguro Secundario

Nombre de Plan _____ Nombre de Persona Segura _____

Número de Seguro Social del Persona Segura _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento del Persona Segura ___/___/___

Numero de Póliza /Identificación _____ Numero del Grupo _____ Fecha de Efectiva _____

Dirección de Relamos _____ Número de Teléfono (____) _____ - _____



James S. Rellas, M.D., M.S., F.A.C.C. • M. Kevin Graves, M.D., F.A.C.C. • Phillip E. Burket, M.D., F.A.C.C.

ASIGNO DE BENEFICIOS DEL SEGURO/PLAN:

YO, POR ESTO, AUTORIZO PAGO DIRECTO DE BENEFICIOS SEGUROS A Dr. _____, el medico para servicios prestados por el medico o debajo del su superintendencia. Entiendo que yo estoy responsable de punto de visto financiero para alguno saldo que no está cubierto de mi seguro.

AUTHORICZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN QUE NO ES PUBLICO:

Yo declaro que he recibido y leído una copia del Heart First Información de Pólizas Confianza del Clientes. YO, POR ESTO, AUTORIZO Dr. _____, el medico o su agente empleado, de revelar alguna información medical o incidental que está necesario por cuida medio o el proceso de seguro o beneficios financieros.

SEGURO DE MEDICARE / MEDICAID:

Yo declaro que la información me doy en el aplicar de pago está correcto. Autorizo el revelar del todos los registros a pedido. Pido que el pago de beneficios autorizados se da al medico por me parte.

LABROATORIO / RATIOGRAFÍA / SERVICIOS DIAGNOSIS:

Entiendo que es posible que recibirá un cuento separado si recibe laboratorio, radiografía, u otros servicios diagnosis. Entiendo que estoy responsable de punto de visto financiero para alguno saldo que no está cubierto de mi seguro para estos servicios.

NOMBRE DE CLIENTE: (Por favor letras del molde) _____ **D.O.B.** ____ / ____ / ____

FIRMA DE CLIENTE: _____ **FECHA** ____ / ____ / ____

FIRMA DEL GUARANTOR: _____ **FECHA** ____ / ____ / ____
(Si es diferente del cliente)



James S. Rellas, M.D., M.S., F.A.C.C. M. Kevin Graves, M.D., F.A.C.C. Phillip E. Burket, M.D., F.A.C.C.

Cheryl Reinhart, NP-C Bonnie Owens, NP-C Mary Grace Leveille, ACNP Today's Date: ____/____/____

Nombre: _____ DOB ____/____/____ MR# _____ Sexo: Hombre Mujer

¿Que es el nombre del doctor quien se refiere a nosotros? _____ Nombre del doctor de su familia _____

¿POR QUE ESTÁ AQUÍ para ver un doctor de Cardiología (corazón)? _____

SOLAMENTE COMPLETA EL LADO DEL IZQUIERDO DEL FORMA POR CLIENTE

DOCTOR TO FILL OUT

Marque (X) en algunos PROBLEMAS O INDICOS DEL CORAZON:

- Dolores de la pecha o presión Ritma anormal (arritmias) Mareados
- Angina Palpitaciones/Golpes del corazón irregulares Desmayado
- Ataque de corazón Murmullo del corazón Calambres de piernas cuando camines
- Fracaso del corazón Labios o unas azules Piernas hinchados
- Corazón Ampliado Falta de aliento (respiración difícil)

Cardiac Hx

- CAD CHF/CM
- Arritmia PVD
- Valve/Congen Other

Por favor marque (X) si ha/tiene:

- ¿Fumado? Sí No Año de dejado _____ Paquetes al día _____
- Diabetes Presión del sanguínea altura Sobrepesos Triglicéridos alturas
- Colesterina altura: Total _____ LDL _____ HDL _____ T3 _____

HPI

Onset: _____
Frequency: _____
Location: _____

Solamente para mujeres: ¿Es posible que está embarazada? Sí No

¿Ha pasado por menopausia (cambiar de vida)? Sí No

¿A qué edad? _____ ¿Toma estrógeno? _____

Ha tenido un miembro cerca de familia: (Madre-Padre-Hermano) (Año) (Causa de Muerto)

- ¿Ataque de corazón? Sí No _____ (Año) _____ (Causa de Muerto)
- ¿Angina? Sí No _____ (Año) _____ (Causa de Muerto)
- ¿Cirugía de Evite? Sí No _____ (Año) _____ (Causa de Muerto)
- ¿Cirugía de carótida? Sí No _____ (Año) _____ (Causa de Muerto)
- ¿Cirugía de arterias de las piernas? Sí No _____ (Año) _____ (Causa de Muerto)

RiskFx

Marque (X) si ha tenido algunos de los PROCEDIMIENTOS siguientes: (Escribe el año aproximado del procedimiento)

- Prueba del Estrés _____ Cirugía de evite coronario _____ Cirugía de válvulas _____
- Electrocardiograma _____ Estudio o Procedimiento del Electrofisiología _____
- Cauterización Cardiaca o del Corazón _____ El que marque el Paso o Defibrilador _____
- Angioplastia del Coronario (balón / artherectomia / stent) _____

Procedures

Por favor nota todos los enfermedades que se esta tratamiento o ha estado tratamientos. (Por favor incluye el dato o año)

PMH

- 1. _____ 3. _____
- 2. _____ 4. _____

Por favor nota todos los heridas o cirugías ha tenido. (Por favor incluye el dato o año)

- 1. _____ 3. _____
- 2. _____ 4. _____

Historia Social:

ESTATUS CIVIL: Solo Casado Separado Divorciado Enviudado

Nombre de esposo _____

HIJOS: Sí No Número del Hijos _____ Número del Hijas _____

OCCUPACIÓN: _____

PASATIEMPOS MAYORES: _____

DIETA: Regular No Sal Añadidura Sal Mínimo Graso/Colesterina Mínima
 Diabético Otro: _____

USO DEL ALCOHOL: Sí No De Pasado Año de Dejado _____

Infrecuente Frecuentemente De Social De vez en Cuando Diariamente

HACER EJERCICIOS:

- Sedentario De vez en Cuando Regular Vida muy Activa No pueda Físicamente

Social Hx / Family Hx

EMR

Nombre: _____ DOB: _____ / _____ / _____ Fecha: _____ / _____ / _____

SOLAMENTE COMPLETA EL LADO DEL IZQUIERDO DEL FORMA POR CLIENTE

DOCTOR TO FILL OUT

Por favor díganos de su medicaciones (nombres, dosis o fuerza, cuantas tiempos al día)
 Incluye sobre-el-mostrador (como Aspirina) y medicinas herbales.
 Use la columna del doctor si es necesario.

Medicaciones

Nombre	Dosis	Frecuencia
1. ASPIRIN YES / NO	81mg / 325mg	Enteric Coated YES / NO
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____

Sobre-el-Mostrador Medicinas/ Hierbas

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Alergias:

¿Tiene algunas ALLERGIAS AL DROGAS? Sí No (si sí, nótalos debajo)

¿Está alérgico a YODO, gambas, camarones, o mariscos?

Sí No

¿Ha tenido un reacción a tinte del contraste? (e.g. Myelogram, kidney Series, CAT scan)

Sí No

¿Ha tenido las vacunaciones debajo?

Gripe ("Flu Shot"/Perdigón del Gripe) Anualmente

Neumococo ("Pneumonia"/Pulmonía) vacuna

Allergies

Vaccinations

SOLAMENTE COMPLETA EL LADO DEL IZQUIERDO DEL FORMA POR CLIENTE	DOCTOR TO FILL OUT
---	---------------------------

REPASO DEL SISTEMAS DEL CUERPO: Por favor marque (X) SI o NO para cada SINTOMA.

	SÍ	No		SÍ	No		SÍ	No
<u>CARDIACTO</u>								
Dolores del Pecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaforesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>VASCULAR</u>								
Claudicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>CONSTITUTION</u>								
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hacerse mas Graso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor de Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adelgazamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<u>HEENT</u>								
Cambios Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difícil de Tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PULMONAR</u>								
Ronquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Resuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposición a Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>GASTROINTESTIONAL</u>								
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quema del Corazón/Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excremento Negro o Como Alquitrán				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GENITOURINAR</u>								
Sangre en Orín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orinaracion frecuente al Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hesitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras de Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>NEURÁLGICO</u>								
Mareados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdido de Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<u>PSYCHOLOGICO</u>								
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>HEMATOLOGICO</u>								
Anemia Agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanguínea Fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>REPRODUCTIVO</u>								
Contraceptivos oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<u>ENDOCRINA</u>								
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>DERMATOLOGICO</u>								
Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heridas del Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>MUSCULOESQUELETO</u>								
Dolores de Coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores del Músculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

PHYSICAL EXAM

BP: (L) _____

BP: (R) _____

Pulse: _____

Resp: _____

Weight: _____

Height: _____

PHYSICAL FINDINGS

CONST:

HEENT:

PULM:

THORAX:

CARDIAC:

ABD:

VASC:

EXT:

DERM:

M/S:

NEURO/PSYCH:

PROC SITE:

ASSESSMENT

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

PLAN

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

TESTING ORDERED



FECHA: ____/____/____

RECORD NUMBER: _____

SOLTURA DE INFORMACIÓN MEDICAL

(POR FAVOR USE LETRAS DE MOLDE)

Nombre Entero del Cliente _____
(Nombre/Letra de Nombre Media/Apellido)

Dirección del Cliente: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Número del Teléfono del Casa: () _ _ - _ _ Fecha de Nacimiento __/__/_____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

REGISTROS MEDICALES SE HAN PEDIDO DE:

DOCTOR / DIRRECCIÓN/TELÉFONO

Yo, por esto, pido que mis registros medicales completos serán solaturados a Dr. _____ por su usado en el cuida medical de me. Este consentimiento es solamente para la soltura del registros medicales y debe incluir todos los notas medical, estudios de laboratorio, reportes del curiana, reportes del radiografías, EKG's y otro reportes diagnósticos. Por favor despacha mi petición y envía los registros a:

- James S. Rellas, M.D., M.S., F.A.C.C.
- M. Kevin Graves, M.D., F.A.C.C.
- Phillip E. Burket, M.D., F.A.C.C.

Plano Office

6957 West Plano Parkway #1000 Plano, TX 75093
T: (972) 939-8294
F: (214) 731-0240

Mesquite Office

1675 Republic Parkway #100 Mesquite, TX 75150
T: (972) 620-9111
F: (972) 620-9187

Lewisville Office

500 N Valley Pkwy Suite #101 Lewisville, TX 75067
T: 972-939-8294
F: 214-731-0240

Farmers Branch Office

8 Medical Parkway, Plaza 2, Suite 104 Dallas, TX 75234
T: (972) 620-9111
F: (972) 620-9187

Firma De Cliente: _____ Fecha: ____/____/_____

HIPAA Noticia de Practicas del Confianza

ESTE NOTICIA DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICAL PUEDE SER USADO Y REVLADO Y COMO PUEDA RECIBIR ACESCO A ESTE INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEERLO CON CUIDA.

Usados y Revelados

Tratamiento. Su información salud puede ser usado por miembros del personal o revelado a otros profesionales del cuida salud por el objeto del evaluar su salud, diagnosticar condiciones medial, y dar tratamiento. Por ejemplo, resultados del pruebas del laboratorios y procedimientos será disponible en su registros medicales a todos los profesionales del salud, quienes den tratamiento o serán consultados por miembros del personal.

Pago. Su información salud puede ser usado para recibir pago de su plan de salud (seguro), de otros tipos de cubrimiento como seguro de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que se usa parar pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud (seguro) se pediría y recibiría información sobre datos del servicio, los servicios prestados, y la condición medical que está serado tratado.

Operaciones del Cuidad Salud. Su información salud puede ser usado como necesario de apoyar los actividades diariamente y manejo del Heart First. Por ejemplo, información del servios se recibió puede ser usado para apoyar el reportado de presupuesto y monetario, y actividades para evaluar y fomentar calidad.

Forzosa del Ley. Su información salud puede ser revelado a agencias del forzosa del ley, que apoyar intervenciones y inspecciones del gobierno, para apoyar investigaciones del forzosas del ley, y para consentir con reportes mandados por el gobierno.

Reportes del Salud Publico. Su información salud puede ser revelado a agencias del salud publico como mandato por el ley. Por ejemplo, nos manda reportar algunas enfermedades comunicativas al departamento de la salud público al estado.

Investigación. El proveedor puede revelar su información medico a personas quienes están preparando a hacer un proyecto de investigación (por ejemplo, para se ayudan buscar clientes con necesidades médicos específicos) así que largo como el información medico no esta quitarse del situación de este practico. El proveedor también puede revelar información medico de finados para un proyecto de investigación, así que la información es necesario para el investigación.

Otro usos y revelados se manda su autorización. El revelación de su información salud o el uso para alguno objeto a pesar del los arriba, se manda su autorización escrito especifico. Si cambia la mente después del dar autorización para un uso o revelado del su información, puede someter un revocación escrito del autorización. Sin embargo, su decisión de revocar el autorización no afectar o anular alguno usado o revelado de información que ocurrió antes de nos notifica de su decisión a revocar su autorización.

Usos Adicionales de Información

Recuerdos del Cita. Su información salud puede ser usada por nuestro personal para enviarse recuerdos de cita. Si no nos quiere contactarse por los números del teléfono que ha dado, y/o deja un mensaje de voz por estos números del teléfono, por favor marque los cuadra(s) debajo:

- Por favor no me contacto por los números del teléfono que ha dados al este practico.
- Por favor no deja un mensaje de voz por los números del teléfono que ha dado al este practico.

Información de los tratamientos. Su información salud puede ser usada para enviarse información que encuentra interesante del tratamiento y maneja de su condición medical. También es posible que enviarse información que describe productos de salud y servicios que se interesaría.

Recaudación de Fondos. Aunque nos pido de no, es posible que usamos su nombre y dirección para apoyar nuestro recaudación de fondos. Si no quiere participar in recaudación de fondos, por favor marque el cuadro debajo.

Por favor no usa mi información para el objeto de recaudación de fondos.

Derechos de Individuales

Tiene algunos derechos debajo del reglas federales de confianza. Incluye:

- ◆ El derecho de pedir restricciones del uso y revelado de su información protegido del salud;
- ◆ El derecho de recibir comunicaciones confidencial de su condición medial y tratamiento;
- ◆ El derecho de mirar y copiar su información protegido de salud;
- ◆ El derecho de añadir o someter correcciones a su información protegido de salud;
- ◆ El derecho de recibir un descripción de cómo y a quien se revelado a su información protegido de salud; &
- ◆ El derecho de recibir un copia impreso de este noticia.

El Deber del Practico

Se manda por la ley de mantener la confianza de su información protegido de la salud y se da este “Noticia de Prácticos de Confianza.”

También nos manda permanecer por los pólizas y prácticos de confianza que se notado en esta noticia.

El Derecho de Cambiar Prácticos de Confianza

Como se permite por la ley, reservamos el derecho de cambiar o modificar nuestras pólizas y prácticos de confianza. Es posible que estos cambios se manden por cambios de leyes y regulaciones federales y estados. Al pedida, se damos un copia del noticia revisado mas reciente en alguno cita del oficina. Estas pólizas y prácticos revisados aplicaran a todo lo información protegido del salud, que mantenemos.

Pedidos de Mirar Información Protegido del Salud

Puede mirar o copiar la información protegida de la salud que mantenemos. Como permite por regulaciones federales, mandamos que estos pedidos para mirar o copiar el información protegido del salud nos proponer de escrito. Puede obtener una forma para pedir acceso a sus registros a contactar este práctico. Su pedido se examinará y por lo general aprobará a menos que hará causas legales o medicales de negar el pedido.

Quejas

Si se gusta proponer un comentario o queja de nuestro practicas de confianza, puede hacerlo por envivar una carta o llamar con sus asuntos a:

HIPAA Privacy Officer
MedicalEdge Healthcare Group, Inc.
9229 LBJ Freeway
Dallas, TX 75243
(972) 739-3753

Si cree que su derechos de confianza ha sido violado, debe informarnos del caso por una carta que describe la causa de su asunto al mismo dirección. También puede proponer quejas al Secretario del Servicios del Salud y Humanos.

No se castiga o vengar de otra manera por presentación de la queja.

12/2006



Reconocimiento de Recibir de HIPPA Noticia de Prácticas de Confianza

Heart First guarda el derecho de cambiar los prácticos de la confianza notado en esta noticia.

He recibido una copia del "Noticia de Práctico de Confianza"

Nombre del Cliente (Letras del Molde)

Firma del Cliente

Fecha de Firma

Firma del Representativo del Cliente
(Mandato si el cliente es un menor de edad o un adulto quien no puede firmar este forma)

Relación del Representativo del Cliente al Cliente

Pedido por Comunicación Confianza de su Información Protegido del Salud

Por favor encierra su repuesta al siguiente:

¿Podemos dejar mensajes de su citas con un co-trabajador, recepcionista, o secretario que llama su llamas de normal?	Si	No	N/A
¿Podemos dejar mensajes en un correo de voz a su trabajo?	Si	No	N/A
¿Podemos discutir su citas/tratamientos con su esposo?	Si	No	N/A
¿Si está sobre la edad de 18, todavía vive a casa, podemos discutir su citas/tratamientos con sus padre(s) o proteger?	Si	No	N/A
¿Si está sobre la edad de 18, podemos discutir su citas y/o tratamientos con su niños?	Si	No	N/A

Necesita informarnos **de escrito** si quiere cambiar la manera en que esta oficina se comunica a usted.

Gracias.

Por favor ponle en el registro medial del cliente.

Please place in the patient's medical record.

12/2006