

Gregory J. Wiener, M.D.

353 Church Ave Suite A
Chula Vista, CA 91910
(619) 585-8883

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Deseo que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

Teléfono del hogar _____

Se puede dejar un mensaje con la información

Dejar solamente un mensaje con el número para devolver la llamada

Teléfono del trabajo _____

Se puede dejar un mensaje con la información

Dejar solamente un mensaje con el número para devolver la llamada

Comunicación escrita

Se puede enviar información por correo a mi dirección del hogar

Se puede enviar información por correo a mi oficina/trabajo

Se puede enviar un fax a este número _____

Correo Electronico

Se puede enviar información por correo electrónico a esta dirección

Otro medio _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____