

SUNWEST GYNECOLOGY ASSOCIATES

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

1.- Por favor establezca a un miembro de su familia o alguna otra persona con quien podamos compartir información sobre su estado de salud, diagnosis, tratamiento medico, cirugías y finanzas.

2.-Por favor indique a un miembro de su familia o alguna otra persona con quien podamos compartir información SOLO EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre _____ Teléfono# _____

Nombre _____ Teléfono# _____

3.- Indique otro domicilio a donde le podamos mandar ESTADOS DE CUENTA / CORRESPONDENCIA de parte de **Sunwest Gynecology Associates** en caso de que no quiera que sean mandados a su direccion actual.

4.- Por favor indique si desea recibir correspondencia indicada "*CONFIDENCIAL*" de **Sunwest Gynecology Associates** en un sobre sellado.

SI _____

NO _____

5.- Indique numero telefónico (numero de celular) donde usted quiera recibir llamadas para informarle sobre sus citas, resultados de laboratorio, o cualquier otra información relacionada con su estado de salud y tratamiento medico.

6.- Esta usted de acuerdo si **Sunwest Gynecology Associates** deja mensajes confidenciales (resultados de laboratorio, confirmación de citas, balance de su cuenta, etc.) en su contestadora telefónica o celular?

ESTOY CONCIENTE QUE UN TELEFONO CELULAR NO ES SEGURO Y NO ES UNA LINEA PRIVADA

SI _____

NO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____