

# Marana Health Centers, Inc.

## CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR

---

Nombre del Paciente

---

Fecha de Nacimiento

Nuestro personal puede dejar mensaje en su contestadora?  Si  No

En sue trabajo?  Yes  No

Favor de poner los nombres del los individuos que puedan tener autorizacion de su informacion medica (verbal o escrito).

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Nombre

---

Relacion y Teléfono

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del testigo

---

Fecha