

COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

ENTACC

Ear, Nose & Throat Associates of Chester County

80 West Welsh Pool Road • Suite 103 • Exton, PA 19341

Alexander C. Keszeli, DO
Joseph L. Smith, II, MD

Alfred J. Mauriello, II, MD
Daniella D. Benson, PA-C

Michael A. Picariello, MD
Nicole Walstein, PA-C

Nombre Paciente

Fecha

La Fecha del Nacimiento

¿Permite usted que ENTACC para salir los mensajes en su sistema
que contesta?

SÍ NO

Liste por favor el número de teléfono preferido: _____

Liste por favor a cualquier miembro de la familia u otros que pueden ser implicados coordinar su cuidado o el pago el cuidado.
Indique por favor que clases de información pueden ser compartidas con cada individuo.

NOMBRE:	LA RELACIÓN AL PACIENTE:	EL TIPO DE INFORMACIÓN			
		TODOS	HORARIO/ CITO	MEDICO	FACTURAR/ SEGURO
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones o Limitaciones Específicas: _____

Dependeremos de la información proporcionada en esta forma al comunicar con miembros de la familia o los otros implicaron en su cuidado a menos que usted solicite un cambio. Notifique por favor nuestra oficina inmediatamente si usted desea alterar las designaciones arriba.

La Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

La Relación al Paciente (si aplicable)

Para revocar esta autorización, manda por favor, un pedido escrito a la dirección listó arriba.

*Contacte por favor nuestra oficina con cualquier preguntas:
610-363-2532*