

Para proteger su privacidad, necesitamos permiso para dejar un mensaje en su contestador automático en su casa o permiso para compartir información clínica médica con otros.

Por favor, circule Sí o No en las siguientes preguntas

CASA/CELULAR

- Sí No Pueden dejar un mensaje con respecto a la hora de una cita.
- Sí No Pueden dejar un mensaje con respecto a los resultados de exámenes.
- Sí No El departamento de facturación puede dejar un mensaje.
- Sí No Pueden dejarle un mensaje a mi cónyuge.

Pueden dejarle un mensaje o hablar de mi situación con: _____ . Número de teléfono:

Sí No También doy permiso a Arizona Specialized Gynecology, PLLC para usar mi dirección de correo electrónico para todos los boletines de noticias y la información no privada que puedan enviar en un mensaje de grupo. Me han informado que mi dirección de correo electrónico no será vista, compartida o vendida a ninguna empresa.

Dirección de correo electrónico: _____

Arizona Specialized Gynecology, PLLC requiere una notificación por escrito cuando usted desea que nosotros divulguemos cualquier información a aquellos que no están enumerados arriba.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Firma del paciente

Fecha de hoy