



Southern California
**Center for Neuroscience
and Spine**

La Autorización del paciente

“La Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros medicos” (HIPPA)

- ❖ Favor de prohevernos con su numero de telefono en donde podamos dejarle informacion sobre sus citas, exámenes de laboratorio e informacion relacionada con su atencion medica.

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono de trabajo: (_____) _____

Teléfono celular: (_____) _____

- ❖ En los numeros de telefono arriba mencionados podemos dejar mensajes confidenciales en su contestadora o telefono celular, por ejemplo (citas, laboratorios o referencias)

Si _____ No _____

- ❖ Si desea obtener informacion de la officina y sobre otros eventos programados favor de prohevernos con su e-mail: _____

- ❖ Escriba los nombres de miembros de familia y/o ha otras personas, a quienes quiera que le demos informacion sobre su salud y/o el diagnostico medico general.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Esta informacion sera valida por el periodo de un ano.

Nombre del paciente: _____ Date: _____

Firma del paciente y/o guardian: _____