

ATLANTA PERINATAL CONSULTANTS
CONSULTORES PERINATALES DE ATLANTA
Hoja de información / Datos sobre el paciente

Jeffrey Korotkin, MD Lawrence Stone, MD Raymond Allen, MD Lawrence Nathan, MD
Marcy Mann, MD Jose Lopez-Zeno, MD Kevin Gomez, MD Larry Matsumoto, MD

NOMBRE: _____ # de Seguro Social: _____
Name Primer nombre (**First**) Segundo nombre (**Middle**) Apellido(s) (**Last**) **Social Security #**

DIRECCIÓN: _____ TEL. de la CASA: _____
Address **Home Phone**

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TEL. del TRABAJO: _____
City **State** **Zip** **Work Phone**

Soltera Casada Otro estado civil TEL. CELULAR: _____
Single **Married** **Other** **Cell Phone**

Favor de indicar el número de teléfono que prefiere que llamemos en referencia a los resultados de laboratorio o citas:

(**Preferred contact number**) Teléfono de la casa Tel. del trabajo Tel. celular
Home **Work** **Cell**

¿Podríamos dejarle un mensaje en ese número? Sí No
(**May we leave a voicemail or message?**) **Yes** **No**

Favor de indicar el nombre de cualquier persona (por ejemplo, su esposo o pareja) autorizada por usted para hablar con nuestro personal en su representación en referencia a sus cuidados médicos, los resultados de laboratorio, los informes clínicos, etc. Usted autoriza a esta(s) persona(s) al firmar este documento.
(**People authorized to speak to staff on patient's behalf**)

Al firmar este documento, autorizo dar a conocer de mi información médica por parte de "Atlanta Perinatal Consultants", en el caso de que sea necesario enviarme a consulta con otro médico o en otras instalaciones, o entregarme cualquier parte de mi historial médico.

(**Authorization of Release of Information**)

Iniciales: _____
(**Initials**)

Firma (**Signature**)

Fecha (**Date**)