

**ENTRUST MEDICAL GROUP**

1140 W. La Veta, Ste #520  
Orange, CA 92868

1401 N. Tustin Ave, Ste #130  
Santa Ana, CA 92705

302 W. La Veta, Ste. 201  
Orange, CA 92866

**Oficial de Privacidad: Jan Lucero**  
(714) 543-5840

**Reconocimiento de que Recibió la Información**

Yo reconozco que he recibido una copia de la información de privacidad de esta oficina. También reconozco que una copia sera disponible y visible en la oficina, y que se me ofrecerá una copia de cualquier cambio que se le haga a la información sobre mi privacidad de paciente en cada visita.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nobre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si este formulario no fue firmado por el paciente, por favor indique su relación :

- \* Padre, madre, o tutór el paciente menor
- \* Tutór or guardian de un paciente incapacitado
- \* Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Información de Contacto**

Si es necesario ponemos en contacto con usted, ¿Tenemos permoso de dejar mensajes respecto a resultados de laboratorio, y/ó citas para ver al doctor en su maquina de contestar ó con la persona que conteste el teléfono?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A qué hora prefiere recibir llamadas? \_\_\_\_\_

¿Dónde prefiere recibir las llamadas?

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Pager \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de su contacto de emergencia (Alguien que no viva con usted)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_