

Estimado Paciente,

Los Médicos de Kern Endocrine Center ahora son una division de Centric Health, un grupo de médicos de multi-especialidad. Como parte del cambio tenemos un sistema Nuevo de computadora y necesitamos información adicional de usted. Nosotros apreciamos su cooperación y paciencia durante esta transición. Por favor disponer la próxima información. Gracias.

Doctor Primario: _____

Nombre: _____ Fecha De nacimiento: ___/___/___

Domicilio: _____

Etnicidad: _____ Idioma Principal: _____

Número de Teléfono (primario): _____

Numero de teléfono secundario: _____

¿Podemos dejar mensaje de Voz? Si O No

¿Gustaría inscribirse en nuestro portal de internet?

Si, Por favor dar su correo electrónico: _____

No, Por favor indicar su razón: __no tengo correo electrónica __prefiero no compartir __Otra razón

Farmacia Local: _____ Número de tel: _____ Domicilio: _____

Consentimiento para el Historial de las recetas

Yo Autorizó que la oficina Kern Endocrine Center/Centric Health acceso y use mi historial de mis prescripciones electronicas. Yo entiendo que también estoy dando permiso a Kern Endocrine Center)Centric Health acceso entero al historial de las prescripciones electrónicas prescritas a mí por todos los médicos. Yo reconozco que estoy dando permiso a Kern Endocrine Center/Centric Health acceso a los archivos de prescripciones a mi nombre a farmacias locales, orden por correo, y Farmacias de especialidad. Esta autorización no se expira al menos que tenga una solicitud escrita.

Firma del Paciente / Persona responsable

Fecha

Autorización para tratar

Como paciente de Kern Endocrine Center/Centric Health, Yo doy consentimiento a todo mi tratamiento médico y pruebas que sean determinadas para a mí. Yo acepto el cuidado será a los estándares costumariás, yo entiendo que no está garantizado concernían los resultados de mi tratamiento. Si yo rechazo el tratamiento que es sugerido a i, o yo fallo en completar el protocolo de mi tratamiento recomendado a mí, yo no voy a hacer a Kern Endocrine Center/Centric Health o a ninguna persona individual responsable sobre cualquier consecuencia.

Firma del Paciente / Persona responsable

Fecha