



Jose M. Sanchez MD

GASTROENTEROLOGIST

Michelle Formoso ARNP-C
Jessica Moreda-Cardenas, ACNP-BC
7000 SW 97 Ave. ,suit108 , MI , FL , 33173

Información del Paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

Sexo: ____ M ____ F ____ Estado civil _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Farmacia # teléfono: _____

Nombre del doctor primario: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Consentimiento informado para mensajes de texto (SMS):

José M. Sánchez MD PA desea enviar mensajes de texto (SMS) al número de teléfono móvil que ha proporcionado en nuestros registros.

Al brindar su consentimiento informado donde se indica, usted reconoce que ha entendido la información a continuación y acepta participar en nuestro servicio de mensajería de texto (SMS). (Inicial) Sí ____ No ____

Contacto de Emergencia

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Teléfono: _____

Autorizaciones de Pago y Información Médica

Yo autorizo que los pagos médicos del seguro se hagan directamente al doctor(es) aquí mencionado. También autorizo mandar cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones.

Firma del Paciente o persona autorizada

Fecha
