



PATIENT ID
HERE

PATIENT/FAMILY CONTACT LIST

Patient's Name: _____ DOB: _____

Contacts

People who have permission to receive detailed information about your care (PHI):

PRIMARY CONTACT

Name: _____	Phone Numbers
	Cell: _____
Relationship: _____	Home: _____
<input type="checkbox"/> Check here if you would like us to involve this person in discussions about your health care	Other: _____

SECONDARY CONTACT(S)

Name: _____	Phone Numbers
	Cell: _____
Relationship: _____	Home: _____
<input type="checkbox"/> Check here if you would like us to involve this person in discussions about your health care	Other: _____

Name: _____	Phone Numbers
	Cell: _____
Relationship: _____	Home: _____
<input type="checkbox"/> Check here if you would like us to involve this person in discussions about your health care	Other: _____

I decline to designate a representative at this time.

Comments/Other Information:

This form is effective upon execution and will remain in effect unless revoked by me.

Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____



PATIENT ID
HERE

PACIENTE/FAMILIARES
LISTA DE CONTACTOS
PATIENT/FAMILY CONTACT LIST

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Contactos

Personas que tienen permiso para recibir información detallada sobre su atención:

CONTACTO PRINCIPAL

Nombre:	Números de teléfono:
	Celular: _____
Relación:	Particular: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que hagamos participar a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica.	Otro: _____

CONTACTO(S) SECUNDARIO(S)

Nombre:	Números de teléfono:
	Celular: _____
Relación:	Particular: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que hagamos participar a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica.	Otro: _____

Nombre:	Números de teléfono:
	Celular: _____
Relación:	Particular: _____
<input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que hagamos participar a esta persona en las conversaciones sobre su atención médica.	Otro: _____

No quiero designar un representante en este momento.

Comentarios/otra información:

Este formulario entrará en vigencia a partir de su firma y se mantendrá en vigencia hasta que sea revocado por mí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____