



**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: _____
	Other: _____

Name:	Phone Numbers
	Cell: _____
Relationship:	Home: _____
	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: \_\_\_\_\_



**PACIENTE/FAMILIARES  
LISTA DE CONTACTOS  
PATIENT/FAMILY CONTACT LIST**

PATIENT ID  
HERE

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: _____
	Otro: _____

Nombre:	Números de teléfono:
	Celular: _____
Relación:	Particular: _____
	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: \_\_\_\_\_