Kidsville Pediatrics

1759 Broad Park Cir. S Ste.205
Mansfield, Texas 76063

Contactos de Emergencia / Personas Adicionales

Por favor indique todos los contactos de emergencia y/o las personas que tienen permiso para traer al paciente a recibir atención médica y para firmar el consentimiento de administración de vacunas.

Todos los mensajes de voz y de texto pueden contener información personal de salud del paciente.

Nombre del Paciente_____**Fecha de Nac.**_____

Persona Autorizada para Traer al Paciente_____

Número de Teléfono_____¿Podemos dejar mensaje de voz o texto? Sí/No _____

Parentesco con el paciente_____

Persona Autorizada para Traer al Paciente_____

Número de Teléfono_____¿Podemos dejar mensaje de voz o texto? Sí/No _____

Parentesco con el paciente_____

Persona Autorizada para Traer al Paciente_____

Número de Teléfono_____¿Podemos dejar mensaje de voz o texto? Sí/No _____

Parentesco con el paciente_____

Persona Autorizada para Traer al Paciente_____

Número de Teléfono_____¿Podemos dejar mensaje de voz o texto? Sí/No _____

Parentesco con el paciente_____

Firma_____**Fecha**_____