

# MIRAMAR

Eye Specialists Medical Group

3085 Loma Vista Road • Ventura, CA 93003 • (805) 648-3085 • Fax: (805) 648-7027  
751 Daily Drive, Suite 110 • Camarillo, CA 93010 • (805) 987-8705 • Fax: (805) 987-7765

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Entrega de la información**

Autorizo la entrega de la información incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me hayan realizado. Esta información puede entregarse a:

- Cónyuge \_\_\_\_\_  
*Nombre*
- Hijo/a(s) \_\_\_\_\_  
*Nombre*
- Otro \_\_\_\_\_  
*Nombre*

La información no se deberá entregar a ninguna persona.

## **Mensajes**

Por favor llame a  mi casa  mi trabajo  mi celular  \_\_\_\_\_

Si no puede contactarme  puede dejarme un mensaje detallado  
 deje un mensaje pidiéndome que le devuelva el llamado  
 \_\_\_\_\_

El mejor momento del día para contactarme es \_\_\_\_\_ entre \_\_\_\_\_  
*día(s)* *hora*

Firmado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Firma del paciente:*

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Empleado de Miramar*

*Gracias por completar este formulario. La información que nos brinda nos ayudará a atender sus necesidades médicas de una manera más efectiva y eficiente. En caso de tener alguna pregunta, por favor consúltenos. Estaremos encantados de ayudarlo/a.*