

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL
CONDADO DE HAMILTON**

PAL LABEL

FORMULARIO DE PREFERENCIA DE CONTACTO

¿COMO PREFIERE USTED SER CONTACTADO?

Por favor indique como usted quiere que se le recuerde de su siguiente cita y se le provea alguna otra información de importancia. **Recuerde que tanto el correo electrónico como el mensaje de texto no son vías de comunicación seguras, lo que significa que alguien más puede tener acceso al mensaje y leerlo.**

Como podemos contactarle	Dejar solamente un número telefónico para regresar la llamada	Dejar un mensaje
<input type="checkbox"/> TELÉFONO: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OTRO TELÉFONO: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usted también puede dejar un mensaje con la siguiente(s) persona(s):

_____ <i>Nombre</i>	_____ <i>Número telefónico o correo electrónico</i>	_____ <i>Relación al paciente</i>
_____ <i>Nombre</i>	_____ <i>Número telefónico o correo electrónico</i>	_____ <i>Relación al paciente</i>

Firma del paciente: _____

Fecha: _____