



3270 Joe Battle, Suite #360  
El Paso, TX 79938

Telefono: 915.351.9000  
Fax: 915.351.9041

**CONSENTIMIENTO DE COMUNICACION**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**Favor de marcar las formas en las que nos permite comunicarnos con usted:**

<u>METODO</u>	<u>CORRE DE VOZ</u>	<u>DEJAR MENSAJE CON ALGUIEN</u>	<u>PREFERIDO</u>	<u>MEJOR HORA PARA LLAMAR</u>
Llamar numero de				
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	* _____
<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	* _____
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	* _____
<input type="checkbox"/> Mandar Email	Correo Electronico: _____		<input type="checkbox"/>	

**\*Mejor hora para llamar ejemplos: Manana, Despues de medio dia, Tarde o Emergencia Solamente**

\*\*\*\*\*

**Aparte de los servicios por la cual hizo su cita hoy, que otros servicios adicionales le gustaria recibir informacion?  
Por favor marque todos los que apliquen!**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consejos de cuidado de la Piel   | <input type="checkbox"/> Tamano de Senos            | <input type="checkbox"/> Muslos                  |
| <input type="checkbox"/> Productos de cuidado de la Piel  | <input type="checkbox"/> Area Abdominal             | <input type="checkbox"/> Contorno Corporal       |
| <input type="checkbox"/> Botox®                           | <input type="checkbox"/> Caida o Arrugas del Cuello | <input type="checkbox"/> Tamano de Nariz o forma |
| <input type="checkbox"/> Juvederm                         | <input type="checkbox"/> Lineas Faciales o Arrugas  | <input type="checkbox"/> Tamano de Gluteos       |
| <input type="checkbox"/> Cellfina                         | <input type="checkbox"/> Caida Facial               | <input type="checkbox"/> Extraccion de lunar     |
| <input type="checkbox"/> Hydrafacial MD                   | <input type="checkbox"/> Caderas                    | <input type="checkbox"/> Orejas                  |
| <input type="checkbox"/> Jane Iredale Maquillaje          | <input type="checkbox"/> Parpados                   | <input type="checkbox"/> Labios Delgados         |
|   | <input type="checkbox"/> Brazos                     | <input type="checkbox"/> Revision de Cicatriz    |
| <input type="checkbox"/> Reconstruccion de Cancer de Seno |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |   |  |

**FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_