



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: _____