

WAYNE COUNTY COMMUNITY HEALTH CENTER
203 EAST MAIN STREET
RICHMOND, INDIANA 47374
TTY Users call 711

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Dirección de correo electrónico:

Contacto de Emergencia #1	Relación con el paciente:
Número de teléfono #1:	Número de teléfono # 2:
<input type="checkbox"/> Podemos hablar con él/ella acerca de la información médica del paciente	
<input type="checkbox"/> Él/Ella puede recoger los medicamentos del paciente	

Contacto de Emergencia #1	Relación con el paciente:
Número de teléfono #1:	Número de teléfono # 2:
<input type="checkbox"/> Podemos hablar con él/ella acerca de la información médica del paciente	
<input type="checkbox"/> Él/Ella puede recoger los medicamentos del paciente	

Firma: _____ **Fecha:** _____

Patient ID #