

**Mission:**

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



**Ron DeSantis**  
Governor

**Joseph A. Ladapo, MD, PhD**  
State Surgeon General

**Vision:** To be the **Healthiest State** in the Nation

## INFORMACION DE CONTACTO PERSONAL

- 1) Por favor indique un número de teléfono donde el personal le puede llamar para dejar información detallada acerca de su salud médico o acerca de su salud dental:  
\_\_\_\_\_
  - 2) ¿Le gustaría recibir confirmación de su cita por mensaje de texto? SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - 3) Si la respuesta es sí, por favor indique número de teléfono celular para recibir mensajes de texto:  
\_\_\_\_\_
  - 4) Por favor incluye su dirección postal para recibir correspondencia importante acerca de su salud médico o acerca de su salud dental: \_\_\_\_\_
  - 5) Por favor liste los nombres y números de teléfonos de las personas que usted desea tener acceso a expedientes médicos/expedientes dentales o recibir mensajes con respecto a su información médica detallada:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_
  - 6) **Contacto de emergencia:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
  - 7) **Nombre de la farmacia preferida:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Ubicación: \_\_\_\_\_
  - 8) **Laboratorio contratado con su compañía de seguros: (un círculo)**  
Quest    Labcorp
- Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Nombre: (Por favor, escribe su nombre con letra de molde) \_\_\_\_\_

PCI Updated 06/30/22