



Formulario de información del paciente:

Tenga presente que: Si el paciente es mayor de 18 años de edad, el paciente debe completar un documento de consentimiento para autorizar a cualquier otra persona a hablar de su tratamiento o atención. Esto incluye a los padres o tutores legales.

Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Teléfono celular del paciente:	
Nombre del proveedor de cuidados y relación con el paciente:	
Proveedor de cuidados principal:	Relación:
N.º de celular:	¿Tutor legal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Proveedor de cuidados secundario:	Relación:
N.º de celular:	¿Tutor legal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro: Escriba el nombre de cualquier otro tutor legal y su relación con el paciente	
Nombre:	Relación:
N.º de celular:	¿Tutor legal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Se debe completar un documento de consentimiento separado para cada persona o profesional clínico mencionado a continuación con quien se quiera que coordinemos la atención o comentemos la información del paciente. Esto incluye al médico de atención primaria.

Médico de atención primaria: Nombre:	
N.º de teléfono:	
Terapeuta individual: Nombre:	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Psiquiatra: Nombre:	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Funcionario de libertad vigilada (probation) Nombre:	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Trabajador del DCF (Dept. for Children and Families) Nombre:	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Otro: (por ej., consejero escolar, terapeuta de la familia, etc.)	
Nombre:	
Relación con el paciente:	
N.º de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Otro:	
Nombre:	
Relación con el paciente:	
Teléfono:	Dirección de correo electrónico: