

## 2020 Alonso Medical FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN

Nombre del paciente:

---

Fecha de nacimiento del paciente:

---

Dirección del paciente:

---

Email del paciente:

---

HIPAA (estoy autorizando a la oficina de Alonso Medical a divulgar toda la información médica a, puede ser revocada en cualquier momento):

---

**SIN HONORARIOS:**

Entiendo que si no doy un aviso de 24 horas, se me cobrará una tarifa de no presentación de \$ 25 por el primer delito y de \$ 50 por cada delito adicional.

Firma del paciente:

---