Geetha M. Reddy, M.D. F.A.C.C
Privacia Praticas Acknologmento

YO _____, he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

¿Le da a Geetha M. Reddy MD y al personal permiso para dejar mensajes detallados que contengan información médica y / o financiera en su contestador automático?

En casa ( ) Sí ( ) No

Número de teléfono_____

En el trabajo ( ) Sí ( ) No

Número de teléfono_____

En el celular ( ) Sí ( ) No

Número de teléfono_____

¿Le da a Geetha M. Reddy, MD y al personal permiso para dejar el recordatorio de la cita? / detalles en su mensaje de texto y correo electrónico.

Celular / Datos ( ) Sí ( ) No
Teléfono #_____

Correo Electrónico: _____

Doy autorización a Geetha M. Reddy MD para discutir mi información médica con las siguientes personas (no es necesario que incluya a los médicos tratantes)

	Nombre:	Relación:	Teléfono:
1 .	_____	_____	_____
2 .	_____	_____	_____
3 .	_____	_____	_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

1880 W. Winchester Rd.,
Suite 207.
LIbertyville, IL - 60048

15 Tower Ct
Suite 210
Gurnee, IL - 60031

3021 Falling Waters Blvd
Suite C
Lindenhurst, IL - 60046

Phone (847) 816-3703

Fax (847) 816-3387