



SOLICITUD DE ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN CON FOTO ES REQUERIDA

Por colocación de mi firma, por la presente, yo por este medio notifico a Southwest Medical Center, Liberal, Kansas que yo solicito acceso al Portal del Paciente.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Firma

Fecha

Testigo

Fecha