



MISSIONEASTDALLAS

Healing. Opportunity. Peace. Empowerment.

Favor de traer llenas estas formas:

- Forma de registro**
- Acuerdo con el paciente**
- Consentimiento para tratamiento caritativo**
- Aviso de privacidad en la practica**
- Consentimiento para practicas privadas**
- Forma de recursos para la comunidad**
- Consentimiento para que lo fotografien**

Por favor complete todas las formas requeridas. Si su forma de registro no esta totalmente contestada, no sera aceptada. Todas las preguntas deberán ser contestadas. También se requiere que muestre una prueba de ingresos, una identificación personal, una prueba de domicilio actual y una lista de los medicamentos que esta tomando.

Gracias por su cooperación.