

## Intercambio de información / Forma aceptación (opt-In)

### Información del Paciente

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Sexo

Domicilio 1

Domicilio 2

Ciudad

Estado / Provincia / Región

Código postal

País

Número de teléfono

Si deseo compartir electrónicamente mi información médica de VCC en 'San Diego Health Connect'