

Intercambio de información / Forma exclusión (opt-Out)

Información del Paciente

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Sexo

Domicilio 1

Domicilio 2

Ciudad

Estado / Provincia / Región

Código postal

País

Número de teléfono

No deseo compartir electrónicamente mi información médica de VCC en 'San Diego Health Connect'