Contactos Preferidos

La norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) otorga a las personas el derecho a decidir cómo y dónde su proveedor de atención médica se comunicará con ellas. Por ejemplo, usted puede solicitar que la correspondencia se envíe a su lugar de trabajo en lugar de a su domicilio. Le invitamos a indicarnos la dirección y el medio por los cuales prefiere que nos comuniquemos con usted. Esta información puede actualizarse o modificarse en cualquier momento. Le solicitamos que cualquier cambio se realice por escrito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Preferencias de Comunicación

☐ Enviar todas las comunicaciones a través de mi Portal para Pacientes

☐ Teléfono particular:_____
- ☐ Acepto que se dejen mensajes con información detallada
- ☐ Dejar únicamente un mensaje con un número para devolver la llamada

☐ Teléfono celular:_____
- ☐ Acepto que se dejen mensajes con información detallada
- ☐ Dejar únicamente un mensaje con un número para devolver la llamada

☐ Teléfono laboral:_____
- ☐ Acepto que se dejen mensajes con información detallada
- ☐ Dejar únicamente un mensaje con un número para devolver la llamada

☐ Comunicación escrita:_____
- ☐ Acepto que se dejen mensajes con información detallada
- ☐ Dejar únicamente un mensaje con un número para devolver la llamada

☐ Otra preferencia:_____

Contactos Preferidos para Información Médica:

Respetamos su derecho a indicar con quién prefiere que compartamos su información médica y a quién desea que involucremos en decisiones relacionadas con su tratamiento o pago, lo que puede incluir información sobre su estado general de salud y diagnóstico, opciones de tratamiento y pago, acceso a expedientes médicos (Información Médica Protegida – PHI), retiro de medicamentos recetados y programación de citas. Tenga en cuenta que, conforme a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, podemos compartir su información con otras personas según sea necesario para su cuidado, tratamiento o para el pago de los servicios prestados. Si sus preferencias cambian, esta información debe actualizarse de inmediato.

Indique a continuación la(s) persona(s) con quien(es) autoriza compartir su información:

Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(Debe ser firmado por el padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de edad o legalmente incompetente.)