

Comunicacion Confidencial De Preferencia

En letra de molde

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Usted puede solicitar el recibir comunicaciones confidenciales de informacion médica protegida, en el metodo de su preferencia o a una direccion alternativa. Por ejemplo, puede que usted no quiera recibir notificaciones de su cita en la direccion de su hogar donde podrian ser vistas por otros.

Informacion Médica Protegida (PHI)

POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR CORRESPONDA O APLIQUÉ A CADA RESPUESTA.

- **Laboratorio, rayos X, resultados de analisis, facturaciones y/o correspondencia en referencia a informacion médica protegida (PHI).**

Autoriza usted a el Dr/Dra/Grupo médico y su miembros a comunicarse y/o dejar mensajes como descrito anteriormente en los siguientes numeros telefonicos?

Tel. De casa	(____) _____	Si	No	N/A	Dejar mensanje para devolver llamada solamente
Tel. De Trabajo	(____) _____	Si	No	N/A	Dejar mensanje para devolver llamada solamente
Tel. Celular	(____) _____	Si	No	N/A	Dejar mensanje para devolver llamada solamente
Tel. Alternativo	(____) _____	Si	No	N/A	Dejar mensanje para devolver llamada solamente

Decea usted ser la UNICA persona autorizada a recibir su informacion médica protegida? Si/ No

Por Favor Indique el nombre de cualquier otra persona a quien usted autoriza a recibir informacion médica protegida (PHI).

Nombre	Numero De Telefono	Relacion con el paciente
--------	--------------------	--------------------------

Nombre	Numero De Telefono	Relacion con el paciente
--------	--------------------	--------------------------

- **Correspondencia:**

Cualquier correspondencia relacionada con su informacion médica protegida sera automaticamente enviada a la **Direccion de su Casa** como lo indica en nuestros archivos.

Esta usted de acuerdo con esto? Si No si no, por favor proporcione una direccion alternativa:

Direccion	Ciudad	Stado	Codigo Postal
-----------	--------	-------	---------------

Gracias por ayudarnos a servirle con mayor eficacia, al proporcionar la direccion anterior con respecto a sus decesos de privacidad.

Firma Del Paciente

____/____/____
Fecha