

Contactos preferidos

La norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) otorga a las personas el derecho a decidir de qué manera y dónde su proveedor de atención médica se comunicará con ellas; por ejemplo, permite solicitar que la correspondencia se envíe al lugar de trabajo de la persona en vez de enviarse a su hogar.

Le invitamos a que nos informe a qué dirección y de qué modo prefiere que nos comuniquemos con usted. **Puede actualizar o modificar esta información en cualquier momento; solicitamos que estos cambios se realicen por escrito.**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(completar con letra de molde clara)

Prefiero que se comuniquen conmigo del siguiente modo (marque todas las opciones que correspondan):

- Teléfono particular: _____
 - Acepto que se dejen mensajes con información detallada
 - Solamente dejar un mensaje con un número para devolver la llamada
- Teléfono celular: _____
 - Acepto que se dejen mensajes con información detallada
 - Solamente dejar un mensaje con un número para devolver la llamada
- Teléfono laboral: _____
 - Acepto que se dejen mensajes con información detallada
 - Solamente dejar un mensaje con un número para devolver la llamada
- Comunicación escrita: _____
 - Acepto envíos postales a mi dirección particular
 - Acepto envíos postales a la dirección de trabajo/oficina
- Correo electrónico: _____

Contactos preferidos:

Respetamos su derecho a indicar a quién prefiere que involucremos en sus decisiones de tratamiento o de pago, o con quién prefiere que compartamos su información, lo cual incluye información sobre su estado de salud general y su diagnóstico (como por ejemplo, opciones de tratamiento y pago), acceso a expedientes médicos (Información Médica Protegida [PHI, por sus siglas en inglés]), retiro de medicamentos recetados y programación de citas. **No obstante, tenga en cuenta que podemos compartir su información, conforme se establece en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, con otras personas, según sea necesario para su cuidado o tratamiento o para el pago de los servicios que hemos brindado.** Esta información debe actualizarse inmediatamente si sus preferencias cambian.

Indique a continuación el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) con quien(es) prefiere que compartamos su información:

- Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
- Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
- Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(Debe ser firmado por el padre/la madre o el tutor legal si el paciente es menor o incompetente por otro motivo)