

Toda información sobre Pacientes es Confidencial

La ley sobre la responsabilidad y la portabilidad de los Seguros de Salud (HIPPA) le da el derecho de solicitar que su información médica y/o financiera se mantenga confidencialmente con un método particular o en ciertas lugares. Para proteger la privacidad y la confidencialidad de su información; por favor complete lo siguiente para saber cómo desea usted ser contactado.

Yo deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que aplique):

Número de teléfono de la casa: _____

- No me llame a la casa
- Deje un mensaje en la contestadora con su nombre y número para regresarle su llamada
- Deje el mensaje con la información médica en la contestadora
- Deje información con un miembro(s) de la familia

Número de teléfono del trabajo: _____

- No me llame al trabajo
- Deje un mensaje en la contestadora con su nombre y número para regresarle su llamada
- Deje el mensaje con la información médica en la contestadora
- Deje información médica con un compañero de trabajo o asistente

Comunicación escrita

- No me mande información médica por escrito
- Envíe la información médica a mi domicilio
- Envíe la información médica a mi oficina o sitio de trabajo
- Envíe información a otra dirección: Anote: _____
- Mande un facsímile al siguiente número: _____

Comunicación por correo electrónico

- Yo no quiero comunicarme por correo electrónico
- Usted puede comunicarse conmigo vía correo electrónico al correo:

Nuestra oficina se comunicara con usted según su preferencia expresada en este documento y se mantendrá en este estado hasta que usted cambie sus preferencias. Usted puede hacer esto completando una nueva forma. Con su firma abajo, usted está de acuerdo a ser comunicado de la forma expresada arriba.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____