

HISTORIA CLÍNICA DE LA DIVULGACIÓN Y LA RENUNCIA DE INFORMACIÓN MÉDICA

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y revelaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo se proporciona también el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de su PHI se haga por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de a casa del individuo.

Con el fin de brindarle información oportuna con respecto a su cuidado médico, le pedimos que complete este permiso. Por favor, estipule los números de teléfono donde le gustaría que lo **contactemos con los resultados de análisis e información médica**.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos los que aplican) :

Mejor método de comunicación Casa por escrito trabajo celular (circule uno)

Por favor de completar lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ | <input type="checkbox"/> Permiso para dejar mensaje detallado |
| | <input type="checkbox"/> Solo deje mensaje con el número de devolución de llamada |
| <input type="checkbox"/> Comunicación por escrito | <input type="checkbox"/> Permiso de mandar información a domicilio |
| | <input type="checkbox"/> Permiso de mandar por FAX al mero _____ |
| <input type="checkbox"/> Numero de trabajo _____ | <input type="checkbox"/> Permiso para dejar mensaje detallado |
| | <input type="checkbox"/> Solo deje mensaje con el número de devolución de llamada |
| <input type="checkbox"/> Celular _____ | <input type="checkbox"/> Permiso para dejar mensaje detallado |
| | <input type="checkbox"/> Solo deje mensaje con el número de devolución de llamada |

Firma de paciente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Si no está disponible cuando le llamemos, por favor indique el nombre y número de teléfono de cualquier persona autorizada (esposo/pareja, hijos, padres) para recibir y tratar el tema de su información médica.

Nadie

Si no está disponible en el momento que tratamos de llamar, podemos dejar la información médica en su contestador automático o correo de voz

Si No

Nombre Numero

Nombre Numero