

Instrucciones de comunicación del paciente, autorización y reconocimiento del paciente

Nombre del paciente: _____ (Escriba en letra de molde)

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ (Escriba en letra de molde) Relación: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ (Escriba en letra de molde) Relación: _____

Número del contacto de emergencia: _____

INDIQUE QUÉ QUIERE AUTORIZAR O LIMITAR CON ESTE FORMULARIO (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDEN):

Quisiera ACTUALIZAR o CAMBIAR mi información de contacto de teléfono o de correo electrónico

Quisiera AUTORIZAR o CAMBIAR MI AUTORIZACIÓN para que ciertas personas tengan acceso o reciban comunicaciones y revelaciones relacionadas con mi atención médica

Quisiera LIMITAR o REVOCAR mi autorización a las personas que previamente tuvieron acceso o recibieron comunicaciones y revelaciones relacionadas con mi atención médica

MARQUE TODOS LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN APROPIADOS/ACEPTABLES PARA QUE NUESTRO CONSULTORIO SE COMUNIQUE CON USTED:

<input type="checkbox"/> Teléfono de casa:	<input type="checkbox"/> Deje un mensaje para devolver la llamada; sin datos <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con datos
<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo:	<input type="checkbox"/> Deje un mensaje para devolver la llamada; sin datos <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con datos
<input type="checkbox"/> Teléfono celular:	<input type="checkbox"/> Deje un mensaje para devolver la llamada; sin datos <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con datos
<input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Envíe una invitación al Portal del paciente por correo electrónico
<input type="checkbox"/> Seguir el Portal del paciente de My Health	<input type="checkbox"/> NO envíe una invitación al Portal del paciente <input type="checkbox"/> Necesito ayuda con mi Portal del paciente

¿CON QUIÉN AUTORIZA A NUESTRO CONSULTORIO A HABLAR SOBRE SU SITUACIÓN MÉDICA? (HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS NOMBRES)

No hable sobre esto con nadie

Cónyuge Nombre: _____ Encierre en un círculo AUTORIZADO | NO AUTORIZADO

Hijo Nombre: _____ Encierre en un círculo AUTORIZADO | NO AUTORIZADO

Hermano Nombre: _____ Encierre en un círculo AUTORIZADO | NO AUTORIZADO

Otro Nombre: _____ Encierre en un círculo AUTORIZADO | NO AUTORIZADO

Esta autorización vencerá el: _____ (Si no se indica, vencerá cuando lo modifique por escrito y dé instrucciones mediante la implementación de un cambio en la información contenida en este formulario al completar un formulario nuevo/de reemplazo).

FIRMANDO ABAJO, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y REVISADO UNA COPIA DEL AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DE TALLAHASSEE PRIMARY CARE ASSOCIATES.

Firma del paciente o tutor

Relación con el paciente

Fecha