

## COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DEL PACIENTE

Con el fin de proteger su privacidad, le pedimos que complete este formulario para que sepamos las formas en que podemos comunicarnos con usted con respecto a su información médica. Por favor, marque la mayoría de opciones de comunicación a continuación con las que se sienta cómodo para que tengamos varias maneras de comunicarnos con usted con respecto a asuntos importantes relacionados con su atención médica.

Nombre de Paciente	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------	----------------	----------------------

Prefiero recibir mis recordatorios de citas en el siguiente método: *Por favor, tenga en cuenta que pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto.*

Llama telefónica Numero de teléfono: \_\_\_\_\_
  Mensaje de texto Numero de celular: \_\_\_\_\_

### Yo autorizo a BCHC, sus proveedores y empleados, a hacer lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dejar un mensaje en mi teléfono celular/en casa a cerca de recordatorios de mis citas o citas nuevas. <b>Es importante que usted siempre mantenga su número celular/de casa actualizado con la clínica.</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enviar recordatorios de mis citas vía texto.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enviarme una carta por correo en relación con recordatorios de citas, resultados de laboratorio y/o necesidades de citas o citas nuevas.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deje los resultados de mi examen en un mensaje en mi número de casa/celular.

Si desea recibir su información médica de otra manera o en otro formato, indíquelo a continuación:

### Yo autorizo a BCHC a discutir temas de mi salud como se indica abajo con las siguientes personas:

Nombre 1:	Relación al paciente:	Numero de teléfono:
<input type="checkbox"/> Fecha, hora y lugar de la cita <input type="checkbox"/> La factura de mi cuenta medica <input type="checkbox"/> Información de medicamentos recetados (incluida la entrega de recetas) <input type="checkbox"/> Toda información médica, a excepción de los resultados de la prueba del VIH, expediente de tratamiento por drogas, alcohol o de salud mental e información relacionada con embarazos o STD (enfermedades venéreas).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Información relacionada con embarazos, pruebas de detección y tratamiento de STD a la persona mencionada anteriormente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo la divulgación de mi estado de VIH, sea de resultado negativo o positivo, a la persona mencionada anteriormente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con tratamientos de drogas, alcohol o de salud mental a las persona mencionada anteriormente.	Fechas de divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Sin restricción de fechas <input type="checkbox"/> Fechas específicas: De: _____ A: _____
Nombre 2:	Relación al paciente:	Numero de teléfono:
<input type="checkbox"/> Fecha, hora y lugar de la cita <input type="checkbox"/> La factura de mi cuenta medica <input type="checkbox"/> Información de medicamentos recetados (incluida la entrega de recetas); <input type="checkbox"/> Toda información médica, a excepción de los resultados de la prueba del VIH, expediente de tratamiento por drogas, alcohol o de salud mental e información relacionada con embarazos o STD (enfermedades venéreas).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Información relacionada con embarazos, pruebas de detección y tratamiento de STD a la persona mencionada anteriormente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo la divulgación de mi estado de VIH, sea de resultado negativo o positivo, a la persona mencionada anteriormente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con tratamientos de drogas, alcohol o de salud mental a las persona mencionada anteriormente.	Fechas de divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Sin restricción de fechas <input type="checkbox"/> Fechas específicas: De: _____ A: _____

*Se les notificará a las personas mencionadas anteriormente que debo otorgar un permiso específico por escrito antes de que se puedan divulgar a cualquier persona a resultados de la prueba del VIH, los expedientes de tratamientos por drogas, alcohol o de salud mental e información relacionada con embarazos o STD.*

**Entiendo que tengo el derecho de cambiar o cancelar este permiso en cualquier momento completando un nuevo formulario. También entiendo que los cambios o cancelaciones no afectarán las medidas tomadas en base a esta solicitud antes del cambio o cancelación. Este permiso se actualizará anualmente.**

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente  
*Si el paciente es menor de 18 años de edad, firma de la parte responsable*

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación al paciente