En general, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) otorga a los pacientes el derecho a solicitar los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El paciente también tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales, o que una comunicación de PHI se haga por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a su casa. Esta información permanecerá en vigor hasta que se revoque por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida.

Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- ○ Teléfono Residencial o Celular: _____
  - ○ OK para dejar un mensaje con información detallada
  - ○ Deje el nombre y el médico solo con el número de devolución de llamada
- ○ Teléfono de trabajo: _____
  - ○ OK para dejar un mensaje con información detallada
  - ○ Deje el nombre y el médico solo con el número de devolución de llamada
- ○ Cuando no pueda ponerse en contacto conmigo por teléfono, se puede enviar una comunicación por escrito a mi domicilio.
- ○ Otros: _____

l consentir y autorizar la divulgación de los resultados de las pruebas NORMALES a lo siguiente:

- ○ Solo yo mismo
- ○ Contestador Telefónico/Correo de Voz
- ○ Mi cónyuge: _____
- ○ Hijos míos: _____
- ○ Mis padres: _____
- ○ Otros: _____

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de los resultados de las pruebas ABNORMALES a lo siguiente:

- ○ Solo yo mismo
- ○ Contestador Telefónico/Correo de Voz
- ○ Mi cónyuge: _____
- ○ Hijos míos: _____
- ○ Mis padres: _____
- ○ Otros: _____

Doy mi consentimiento y autorizo a su oficina o a una instalación en mi nombre a realizar servicios de verificación de beneficios.

- ○ Sí
- ○ No

Doy mi consentimiento y autorizo a su oficina a comunicarse conmigo a través de mensajes de texto y llamadas telefónicas automatizadas con respecto a asuntos médicos, de seguros y relacionados con la facturación

- ○ Sí
- ○ No

Por la presente, le doy permiso a mi médico para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi(s) otro(s) médico(s) y farmacéutico(s) con respecto a mi uso de los medicamentos recetados por mi(s) otro(s) médico(s).

- ○ Sí
- ○ No

DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Tiene una directiva anticipada (testamento vital)?

- ○ Sí
- ○ No

Firma del paciente (debe tener 18 años o más para firmar) Fecha

Imprimir Nombre Fecha de nacimiento