

**CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES PREFERIDAS**

Para atender a nuestros pacientes, puede ser necesario ponerse en contacto con usted por teléfono. Si no está disponible cuando llamemos, nos gustaría poder dejar mensajes telefónicos si es posible. También, en algunas ocasiones, es posible que usted quiera que le comuniquemos los resultados de análisis de laboratorio, medicamentos, planes de tratamiento o información de facturación a un amigo o un familiar de confianza. Para proteger su privacidad, necesitamos su permiso por escrito para dejar mensajes en el teléfono o con otra persona que usted designe, con respecto a su tratamiento y atención médica o los de su hijo. **Este formulario se utiliza en todos los centros y consultorios médicos de IU Health y es válido hasta que usted lo revoque por escrito o hasta que sea sustituido por un nuevo formulario.**

Responda las siguientes preguntas:

Número de teléfono móvil: _____

Podemos llamarlo a su teléfono móvil

O Sí

O No

Podemos dejar un mensaje en el buzón de voz de su teléfono móvil

O Sí

O No

Número de teléfono de la casa: _____

Podemos llamarlo al teléfono de su casa

O Sí

O No

Podemos dejar un mensaje en el buzón de voz del teléfono de su casa

O Sí

O No

Número de teléfono del trabajo: _____

Podemos llamarlo al teléfono de su trabajo

O Sí

O No

Podemos dejar un mensaje en el buzón de voz del teléfono de su trabajo

O Sí

O No

COMUNICACIÓN CON FAMILIARES Y AMIGOS

Doy mi aprobación para que el personal de IU Health hable con familiares o amigos designados sobre mi tratamiento y atención médica o los de mi hijo(a). Entiendo que esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de mi familia y amigos, y que la información divulgada está más allá de las protecciones de privacidad de IU Health. IU Health no divulgará ninguna información a familiares o amigos con respecto al VIH, enfermedades de transmisión sexual, notas de psicoterapia, tratamiento de drogas y alcohol, pruebas de embarazo o asesoramiento sobre anticonceptivos, a menos que específicamente lo autorice por separado. **En caso afirmativo**, indique los nombres de las personas con las que IU Health puede comunicarse en su nombre. **Si se trata de más de una persona, consulte la segunda página.**

Persona autorizada

Número de teléfono

Relación con el paciente

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información acerca de mi tratamiento y atención médica

(marque todas las opciones que correspondan):

- La información en su totalidad
 - Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
 - Información sobre los resultados de las pruebas
 - Información sobre recetas médicas/recogida de recetas médicas
 - Información sobre mis facturas o cuenta
-

Firma del paciente/tutor

Nombre del paciente/tutor en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha



CONSENT FOR PREFERRED COMMUNICATIONS

- SPANISH

148302 (12/20/2023)

Page 1 of 2

OTHER CONSENT

Y-4

Persona autorizada	Número de teléfono	Relación con el paciente
--------------------	--------------------	--------------------------

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información acerca de mi tratamiento y atención médica
(marque todas las opciones que correspondan):

- La información en su totalidad
- Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- Información sobre los resultados de las pruebas
- Información sobre recetas médicas/recogida de recetas médicas
- Información sobre mis facturas o cuenta

Persona autorizada	Número de teléfono	Relación con el paciente
--------------------	--------------------	--------------------------

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información acerca de mi tratamiento y atención médica
(marque todas las opciones que correspondan):

- La información en su totalidad
- Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- Información sobre los resultados de las pruebas
- Información sobre recetas médicas/recogida de recetas médicas
- Información sobre mis facturas o cuenta

Si completa la información de la segunda parte, haga que el paciente/tutor ponga sus iniciales a continuación.

Iniciales del paciente/tutor: _____

CONSENT FOR PREFERRED COMMUNICATIONS**- SPANISH**

148302 (12/20/2023)

Page 2 of 2

OTHER CONSENT**Y-4**