



LISTA DE COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN PREFERIDA

Durante el cuidado de nuestros pacientes puede que sea necesario contactarlo por teléfono. Si no está disponible cuando llamemos, nos gustaría poder dejar mensajes telefónicos cuando sea posible. También puede haber ocasiones en las que nos puede solicitar que le comuniquemos a un amigo de confianza o a un familiar informes de laboratorio, medicación, planes de tratamiento o información de facturación. Para proteger su privacidad, necesitamos su permiso por escrito para dejar mensajes concernientes al tratamiento y atención médica de usted o de su hijo, en el teléfono o a otra persona que usted designe.

FORMAS EN LAS QUE NUESTRA OFICINA PUEDE CONTACTARLO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE USTED O SU HIJO

Si no podemos contactarlo directamente para comunicarle información médica sobre usted o su hijo, ¿cómo le gustaría recibir la información de salud? Por favor seleccione todas las casillas que apliquen:

[] AUTORIZO que IU Health Physicians deje un mensaje de voz en los siguientes números. Seleccione todo lo que corresponda y proporcione la información a continuación:

Teléfono preferido 1: _____ Nombre: _____ (Parentesco con el paciente)

Teléfono preferido 1: _____ Nombre: _____ (Parentesco con el paciente)

[] NO AUTORIZO que IU Health Physicians deje mensajes de voz en mis teléfonos.

COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN A FAMILIARES Y AMIGOS

Por favor complete la parte trasera de este formulario con los nombres de las personas con quienes se puede comunicar este consultorio. Doy mi aprobación para que el personal de IU Health Physicians hable con los familiares y amigos designados sobre mi tratamiento y atención médica o el de mi hijo.

[] SI [] NO

IU Health Physicians no divulgará ninguna información en el correo de voz, ni a familiares o amigos, referente al VIH, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo o asesoramiento sobre anticonceptivos. Esta información se divulgará solo al paciente y a cualquier agencia de salud pública a la que IU Health Physicians esté legalmente obligado a comunicar dicha información, a menos que la ley lo permita de otra forma. IU Health Physicians se compromete a garantizar la privacidad y seguridad de la información de salud del paciente. Se tomarán medidas razonables para brindarle a usted, como nuestro paciente, la oportunidad de aceptar o rechazar la divulgación de información médica específica. Entiendo que esta autorización es válida hasta que yo la revoque. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y proporcionársela al personal de este consultorio.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/tutor

Nombre del paciente/tutor en letra de imprenta

Fecha



Continúa en la parte posterior



COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN A FAMILIARES Y AMIGOS:

Permito que IU Health Physicians le comunique a mis familiares y amigos identificados a continuación, quienes están involucrados en mi atención médica o en el pago, la siguiente información relevante sobre mi persona o mi hijo. Comprendo que esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de mis familiares y amigos, y que la información divulgada se encuentra fuera de los parámetros de las protecciones de privacidad del consultorio. IU Health Physicians no divulgará información referente a VIH, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo o asesoramiento en métodos anticonceptivos.

Persona autorizada

Número de teléfono

Parentesco con el paciente

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información sobre mi tratamiento y atención médica (por favor seleccione todas las que correspondan):

- Toda la información o cualquiera de sus partes
- Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- Información sobre resultados de las pruebas
- Información sobre recetas / solicitud de recetas
- Información sobre facturas o mi cuenta

Persona autorizada

Número de teléfono

Parentesco con el paciente

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información sobre mi tratamiento y atención médica (por favor seleccione todas las que correspondan):

- Toda la información o cualquiera de sus partes
- Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- Información sobre resultados de las pruebas
- Información sobre recetas / solicitud de recetas
- Información sobre facturas o mi cuenta

Persona autorizada

Número de teléfono

Parentesco con el paciente

La persona mencionada anteriormente puede recibir la siguiente información sobre mi tratamiento y atención médica (por favor seleccione todas las que correspondan):

- Toda la información o cualquiera de sus partes
- Información necesaria para programar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- Información sobre resultados de las pruebas
- Información sobre recetas / solicitud de recetas
- Información sobre facturas o mi cuenta

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/tutor

Nombre del paciente/tutor en letra de imprenta

Fecha