



COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL

Para proteger su privacidad le pedimos que complete esta forma dejándonos saber cómo podemos comunicarnos con usted a cerca de su salud. Favor de marcar tantas opciones en la parte de abajo con las que usted se sienta cómodo(a), de esta manera tendremos varias formas de comunicarnos con usted en relación con temas importantes en conexión con su cuidado médico.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Prefiero recibir recordatorios de mis citas de la siguiente manera: Mensaje de texto Llamada telefónica

Yo autorizo a White House Clinics, sus proveedores y empleados, a hacer lo siguiente

Si	No	Dejar un mensaje en mi teléfono celular/en casa a cerca de recordatorios de mis citas o citas nuevas. **Es importante que usted siempre mantenga su número celular/de casa actualizado con White House Clinics**
Si	No	Enviarme una carta por correo en relación con recordatorios de citas/citas nuevas.
Si	No	Dejar mensajes de resultados de laboratorio en mi teléfono celular/de casa.
Si	No	Enviar recordatorios de mis citas vía texto.
Si	No	Enviar recordatorios de citas vía correo electrónico.
Si	No	Enviar resultados de laboratorio vía carta

Yo autorizo a White House Clinics para discutir mi salud de la siguiente forma con las siguientes personas:

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Dar la siguiente información a esta persona (circule todas las opciones que dese):		
Recordatorios de citas	Resultados de laboratorio	Información de cuentas medicas
Nombre:	Relación:	Teléfono:
Dar la siguiente información a esta persona (circule todas las opciones que dese):		
Recordatorios de citas	Resultados de laboratorio	Información de cuentas medicas

Entiendo que tengo el derecho de cambiar o cancelar este permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a Health Help, Inc. Attention: Privacy Officer (Oficial de Privacidad) 401 Highland Park Drive, Richmond, Kentucky 40475. También entiendo que los cambios o cancelaciones no cambiarán acciones ya tomadas antes de esta petición.

Firma del paciente/representante

Nombre del paciente/representante

Fecha

Fecha

Testigo: