



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 la clínica
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 desee):		
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 desee):		
Recordatorios de citas	Resultados de laboratorio	Información de cuentas medicas

Las clínicas White House hacen encuestas de satisfacción del paciente regularmente. Pacientes encuestados son elegidos al azar. Si usted es elegido para la encuesta, recibirá un mensaje de texto para compartir su opinión acerca de su visita más reciente a nuestra clínica. Recuerde que tarifas de mensajes de texto pueden aplicar.

Si	No	Me gustaría participar en la encuesta de satisfacción de las clínicas White House Clinics. Doy mi permiso para recibir mensajes de texto en relación con mi última visita.
----	----	--

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 Dr., Richmond, KY 40475. También entiendo que los cambios o cancelaciones no cambiarán acciones ya tomadas antes de esta petición.

Firma del paciente/representante y fecha

Nombre del paciente/representante

Firma del testigo y fecha