

Preferencias de comunicación del paciente sobre su PHI

Preferencias de comunicación por teléfono

de casa _____
de trabajo _____
de celular _____
Otro _____

Place Patient Identification Label Here

Preferencias de comunicación por correo electrónico

Dirección de correo electrónico _____

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes y comunicarnos sobre sus servicios y obligaciones financieras usaremos todos los métodos de comunicación proporcionados para acelerar esas necesidades. Al proporcionar la información arriba, acepto que Baylor Scott and White Surgery Center at the Star, sus agentes legales o afiliados pueden usar los números telefónicos proporcionados para enviarme una notificación por texto, llamar usando un mensaje de voz artificial pregrabado por medio del uso de un servicio de marcación automatizada, o dejar un mensaje de voz en una contestadora telefónica.

Si se ha proporcionado una dirección de correo electrónico, ABC Surgery Center, sus agentes legales o afiliados pueden contactarme con una notificación por correo electrónico sobre mi cuidado, nuestros servicios o mi obligación financiera.

Reconozco que los mensajes de texto no son una medida completamente segura de comunicación porque se puede tener acceso indebido a estos mensajes mientras están almacenados o pueden ser interceptados durante su transmisión. Los mensajes de texto que usted recibe pueden contener su información personal. Si usted desea que le contactemos por medio de mensajes de texto por favor firme este consentimiento abajo. Si usted nos da su consentimiento para recibir mensajes de texto, usted también acepta que debe informar de inmediato a ABC Surgery Center cuando su número de celular cambie. Usted no tiene que autorizar el uso de mensajes de texto y su decisión de no firmar esta porción de la autorización no afectará el cuidado de su salud de ninguna manera.

Firma del paciente para dar su consentimiento para recibir mensajes de texto.

Preferencias de comunicación por correo postal

¿Podemos enviarle correo postal a su hogar? (si no, por favor proporcione una dirección alterna abajo.)

Además de usted, su compañía de seguros, y médicos involucrados en el cuidado de su salud, ¿con quién podemos hablar sobre la información del cuidado de su salud? (Marque todos los que apliquen)

<u>Nombre:</u>	<u>Teléfono</u>
<input type="checkbox"/> Esposo(a) _____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidador(a) _____	_____
<input type="checkbox"/> Hijo(a) _____	_____
<input type="checkbox"/> Padre/madre _____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar restricciones sobre el uso y/o divulgación de mi información protegida de salud.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar medios alternativos de comunicación de mi información protegida de salud.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente