



PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>	
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿que tipo?	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
3. ¿Podemos enviarle boletines informativos por correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:	
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA (NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):	
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono: <input type="checkbox"/> No se aplica	
Nombre:	Relación :
# de casa:	# de trabajo:
	# celular:
idioma preferido:	Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
Nombre:	Relación :
# de casa	# de trabajo
	# celular
idioma preferido	Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
INDIQUE UN REPRESENTATE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO <i>(provea una evidencia)</i>	
Nombre: _____	<input type="checkbox"/> No se aplica
Relación : _____	Teléfono: _____
FIRMA REQUERIDA (abajo):	
Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.	
_____ Firma (paciente/tutor legal)	_____ Fecha
_____ Nombre (con letra de molde)	_____ Relación

