

Declaración De Protección Y Privacidad

Esta póliza de privacidad provee información sobre la distribución que hace nuestra oficina de su expediente médico a otras personas o entidades médicas. Los términos en esta declaración pueden ser cambiados en cualquier momento, así que, por favor lea cuidadosamente toda la información antes de firmar. Si en algún momento esta póliza de privacidad cambiara su contenido, usted podrá recibir una copia de la misma con nuestro personal.

Al firmar esta declaración, usted está aceptando que entiende los términos aquí expuestos y nos da permiso para distribuir información de su expediente a entidades médicas o para aclarar asuntos relacionados con su seguro médico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

(Persona Responsable Si Menor De Edad)

FECHA: _____

TESTIGO: _____

(Para Ser Firmado Por Nuestro Personal Solamente)

1. Por favor mencione los nombres y números telefónicos de familiares o alguna otra persona a quien podamos informarle acerca de su condición médica general, como resultado de exámenes de laboratorio, radiografías, o cualquier otro resultado de exámenes médicos:

2. Por favor mencione el nombre y número telefónico de un familiar u otra persona cercana a usted a quien podamos contactar en caso de **EMERGENCIA MEDICA** solamente:

3. Por favor escriba la dirección donde a usted le gustaría recibir sus cobros y cualquier correspondencia de nuestra oficina solamente.
(Si la dirección es la misma que tenemos en nuestros records, por favor escriba **IGUAL**)

4. Por Favor, especifique si usted quiere que toda la correspondencia que venga de nuestra oficina sea marcada con una estampilla que diga “**CONFIDENCIAL**”. (Solamente usted puede abrirla)

SI: _____ NO: _____

5. Indique si le podemos dejar mensajes confidenciales (por ejemplo citas, referidos, o resultados de laboratorios) en el contestador automático de su casa?

SI: _____ NO: _____

6. Si usted no tiene un contestador automático en su casa, podemos llamarlo a su trabajo y dejar un mensaje confidencial? (si responde que sí, mencione el nombre de la persona con quien podemos dejar el mensaje en su trabajo):

SI: _____ NO: _____

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE (Si menor de edad)

FECHA: _____