FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA DEL PACIENTE

Declaración para sí y para terceros

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

A. **FAMILIARES Y AMIGOS**: La política oficial de SGNT es no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, a excepción de:

(i) padres/tutores legales;

(ii) otras personas autorizadas por el paciente;

(iii) lo que podamos inferir razonablemente conforme a las circunstancias (por ejemplo, si ingresa con un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que usted se oponga, que esa persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento);

(iv) situaciones de emergencia;

(v) lo que permita la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Si prevé que necesitará o deseará que su información médica se le comunique a alguien más que a usted, indíquelo a continuación.

Al firmar a continuación, autoriza a las siguientes personas a recibir la información solicitada sobre sus cuidados y tratamiento. Las actualizaciones de este formulario se deben realizar en persona.

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. **COMUNICACIÓN ALTERNATIVA**: Deseo ser contactado de la siguiente manera.
(marcar todo lo que corresponda)

Teléfono particular _____

_____ Se puede dejar un mensaje detallado

_____ Dejar solo un número de contacto

Teléfono celular _____

_____ Se puede dejar un mensaje detallado

_____ Dejar solo un número de contacto

Teléfono comercial _____

_____ Se puede dejar un mensaje detallado

_____ Dejar solo un número de contacto

Comunicación por escrito

_____ Se puede enviar a la dirección particular

Portal del Paciente Sí o No

X_____	_____	_____
Firma del Paciente o Representante	Relación con el Paciente	Fecha

Aviso: SGNT no utiliza el correo electrónico para comunicarse con los pacientes