

<b>Texas Tech University Health Sciences Center</b> <b>Formulario de Solicitud</b> <b>de Comunicación Confidencial</b>	Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____ Fecha de Nacimiento: _____
--	--

Información para Comunicarse con el Paciente:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) valora la privacidad de sus pacientes y tiene el compromiso de proporcionar nuestros servicios de una manera que promueve la confidencialidad del paciente proporcionando atención médica de alta calidad.

TTUHSC tomará en cuenta peticiones razonables. TTUHSC puede condicionar cómo adaptaciones razonables referentes a información en cuanto al método de pago, si es necesario, y especificación de una dirección diferente u otro método de comunicación serán manejadas. TTUHSC no requiere ninguna explicación en base a la razón de su petición como requisito para proporcionar comunicación de forma confidencial.

Debido a nuestro interés de proteger su privacidad, TTUHSC no puede dejar información específica de resultados de exámenes o análisis en un contestador automático, no obstante, estamos dispuestos a comunicarnos con usted de la forma que usted especifique: (o indique)

Permiso para dar información protegida de salud o dejar mensajes con la persona o personas siguientes:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Permiso para llamar a/los números siguientes y dejar mensajes (sin divulgar información protegida de salud):

Lugar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otra adaptación especial que necesite:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha                      Imprima su nombre                      Paciente/Otra persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Hora                      Testigo/Interprete\*                      Imprima nombre y parentesco con el paciente