

Medical Information Communication Preferences

Patient Name _____

DOB _____

As our patient, we may need to communicate with you when you are not in the practice. To assure your privacy, we would like you to indicate your preferred method for us to communicate medical information to you and/or to others involved in your care. Please note that an "appointment reminder" is not classified as medical information.

PLEASE INDICATE YOUR COMMUNICATION PREFERENCES BELOW:

☐ I give permission to leave medical information pertaining to me at the numbers listed below:

Method	Area Code, Phone #, Extension
Home	
Work Phone	
Cell Phone	

Without specific permission, we will not release any medical information to anyone other than you. In some cases you may wish for another person to have access to your medical information. Please identify those individuals and their relationship to you (i.e. spouse, parent, son, daughter, partner etc.):

.....

☐ Do not release medical information to anyone other than myself.

☐ I give permission to release medical information pertaining to me to the individuals listed below.

Name	Relationship (i.e. spouse, parent, son, daughter, etc.)	Area Code, Phone #- Extension

Comments

I assume responsibility to inform the practice of changes in my phone number(s) or my preferences or to revoke this specific medical information authorization at any time.

 Signature

 Date

 (Please Print Name)

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente.

Fecha de nacimiento:

Como nuestro paciente, (La información del consultorio del médico debe ingresarse aquí) es posible que necesitemos comunicarnos con usted cuando no esté en la práctica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indicara su método preferido para que le comuniquemos información médica a usted y/o a otras personas involucradas en su atención. Tenga en cuenta que un "recordatorio de cita" no se clasifica como información médica.

INDIQUE SUS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN A CONTINUACIÓN:

Doy permiso para dejar información médica que me percibe en los números que se enumeran a continuación:

Método	Código de área, # de teléfono, extensión
Hogar	
Teléfono de trabajo	
Teléfono celular	

Sin un permiso específico, no divulgaremos ninguna información médica a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.):

-
- ☐ No divulgue información médica a nadie más que a mí mismo.
- ☐ Doy permiso para divulgar información médica que me percibe a las personas que se enumeran a continuación.

Nombre	Relación (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, etc.)	Código de área, teléfono # Extensión

Comentarios:

Asumo la responsabilidad de informar a la práctica de los cambios en mi(s) número(s) de teléfono o mis preferencias o de revocar esta autorización específica de información médica en cualquier momento.

Signature:

Fecha:

(Por favor, escriba el nombre en letra de imprenta):