

Formulario de Contacto Alternativo/Método de Comunicación Preferido

Nombre del Paciente Milauskas Eye Institute, Fecha de Nacimiento Nosotros Milauskas Eye Institute tomamos su confidencialidad médica muy en serio. No daremos ni podemos dar a conocer información sin su autorización por escrito.

Esta autorización permite a nuestro personal hablar solo con la(s) persona(s) que usted designe en caso de que no esté disponible para recibir llamadas telefónicas o tenga un miembro adulto que ayude a coordinar su atención médica. Usted no debe designar a su médico.

Como parte de nuestra Política de Privacidad del Paciente, no dejaremos ninguna información de salud a ninguna otra persona a menos que usted lo autorice específicamente a continuación:

_____ Yo NO autorizo a nadie a recibir información sobre mi atención médica.

_____ Yo autorizo a mi médico y al empleado de esta clínica a hablar con:

1. Persona: _____ Relación: _____
Número(s) de teléfono: _____
 Citas y Cuenta/Factura, y los Resultados de Laboratorio Atención Médica y Tratamiento (incluyendo los Resultados de las Pruebas)
2. Persona: _____ Relación: _____
Número(s) de teléfono: _____
 Citas y Cuenta/Factura y los Resultados de Laboratorio Atención Médica y Tratamiento (incluyendo los Resultados de las Pruebas)
3. Persona: _____ Relación: _____
Número(s) de teléfono: _____
 Citas y Cuenta/Factura y los Resultados de Laboratorio Atención Médica y Tratamiento (incluyendo los Resultados de las Pruebas)

Por favor, compruebe sus métodos de comunicación preferidos primarios y secundarios:

_____ Teléfono de Casa/Contestador Automático _____ Correo _____ Teléfono del Trabajo
_____ Teléfono Móvil (correo de voz) _____ Teléfono Móvil (mensaje de texto)
_____ Correo electrónico y dirección de correo electrónico _____

La comunicación electrónica es mi método preferido sí no

(Para poder comunicarnos electrónicamente con usted o con cualquier persona que usted designe, necesitamos su permiso por escrito).

Esta autorización permanecerá en vigor a menos que sea modificada por mí, mientras sea paciente de esta oficina. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina los cambios y completar un nuevo formulario. Cualquier problema y/o pregunta sobre este formulario debe ser remitido al Funcionario de Privacidad.

Estoy de acuerdo en que si deseo revocar esta autorización, lo notificaré por escrito.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____ HORA: _____