

## ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLO?

### Consentimiento de Comunicación

De vez en cuando su doctora necesitará comunicarse con Usted. Proveyendo la siguiente información nos dejará servirlo mejor.

Nombre: \_\_\_\_\_

Para proteger su privacidad, hemos desarrollado la siguiente póliza en cuanto a los mensajes que dejaremos relacionados a su cuidado médico:

- No dejaremos mensajes excepto con el paciente o el guardián legal
- No dejaremos ninguna información confidencial en una máquina de contestar
- No dejaremos mensajes en un “voice mail”

#### *SALVO*

QUE TENGAMOS SU PERMISO POR ESCRITO

Por favor lea y considere bien a quien autoriza tener acceso a la información relacionada a su cuidado médico.

Con firmar este consentimiento, Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a HealthONE hablar con o dejar recados relacionados a mi cuidado médico y/o a los pagos relacionados. Entiendo que este consentimiento quedará en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Mi máquina de contestar de **casa**: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Mi “voice mail” del teléfono **móvil**: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Mi “voice mail” del **trabajo**: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

#### **Otros contactos:**

Nombre de persona de contacto: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_