

//

Texas Tech University Health Sciences Center Confidential Communication Request	Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____
--	---

TTUHSC valora la privacidad de los pacientes y asumió el compromiso de desarrollar su práctica médica de una forma que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les brinda una atención de la más alta calidad. TTUHSC se ocupará de satisfacer los pedidos razonables.

Si necesita copias de registros médicos, deberá completar un formulario de autorización diferente. Solicite a un miembro del personal el formulario requerido.

Permiso para proveer información de salud protegida de manera verbal o dejar mensajes (incluyendo información de citas) a la(s) siguiente persona(s): Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle a los proveedores médicos que le brindan atención. El paciente y las personas detalladas debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos del paciente: dirección, fecha de nacimiento, o los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Debido a nuestra preocupación por su privacidad, TTUHS no puede dejar mensajes que contengan resultados específicos de alguna prueba ni detalles de plan de tratamiento en contestadores automáticos o buzones de voz.

Favor de completar las siguientes preguntas para contar con un nivel adicional de seguridad. El personal podría formular estas preguntas si tuviera inquietudes respecto a la divulgación de su información. **Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre? _____

2. ¿En qué pueblo nació? _____

3. ¿Cómo se llama su abuela? _____

4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? _____

Fecha

Escriba con letra de imprenta su nombre y su relación con el paciente.
(La persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma

(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Relación con el paciente

