



## PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Las normas de privacidad de la información de salud individualmente identificable (Regla de privacidad) establecen un conjunto de normas nacionales para la protección de determinada información de salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. emitió la Regla de Privacidad para implementar el requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Por lo general, las normas de privacidad de HIPAA le otorgan el derecho a solicitar una restricción de los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). También se le proporciona el derecho a solicitar una comunicación confidencial o a solicitar que una comunicación de PHI se realice por medios alternativos, como el envío de correspondencia a su oficina en lugar de a su domicilio. Para poder atenderle mejor, le pedimos que complete el siguiente formulario:

### PÓNGASE EN CONTACTO CONMIGO DE LA SIGUIENTE MANERA

#### COMUNICACIÓN VERBAL:

Casa / Móvil / Trabajo (escoja uno)

Identifique su número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

- Deje un mensaje con información detallada.
- Deje un mensaje sólo con el número para devolver la llamada.

#### COMUNICACIÓN ESCRITA:

Envíe el correo a esta dirección: \_\_\_\_\_

Envíe un fax a este número: \_\_\_\_\_

Portal del paciente de Affinity *¿Tiene preguntas? Pregunte en recepción.*

#### INTEGRANTE(S) DE LA FAMILIA O AMIGO(S) CON QUIEN(ES) PODAMOS HABLAR DE SU AFECCIÓN MÉDICA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a esta oficina los cambios por escrito relativos a la divulgación de mi información médica protegida.

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_