

# Chiricahua Community Health Centers, Inc.

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR

En general, la ley de privacidad de HIPAA le da derecho a todo individuo que requieran una restricción sobre la información de su salud. El individuo también tiene el derecho de requerir una comunicación confidencial o que una comunicación sobre su salud sea hecha por medios alternativos, como enviar correspondencia al sitio de trabajo de la persona en de igual que a la casa de la persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**CCHCI puede dejar un mensaje acerca de la cita cuando el paciente no esta disponible.** Este mensaje puede ser dejado a la persona que conteste el teléfono o se puede dejar en la maquina contestadora del teléfono.

Puede dejar el mensaje confirmando mi cita en:  **Teléfono de casa**  **Celular**  **Teléfono del trabajo**

**Si usted prefiere que nos contactemos de otra manera favor de indicar en las líneas de abajo.**

Para confirmar una cita, favor de contactarme de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Si usted desea que nos comuniquemos por medio de correspondencia y que las cartas sean mandadas a otra dirección que no sea su casa, favor de escribir la dirección donde desee que le mandemos la correspondencia: \_\_\_\_\_

Esta norma de privacidad requiere que los proveedores de salud hagan movimientos razonables para limitar el uso o revelación de información de salud de sus pacientes. En caso de emergencia, revelación de información será permitida sin el consentimiento previo del paciente.

Verbal

Escrito

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación y # de teléfono

Verbal

Escrito

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación y # de teléfono

Verbal

Escrito

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación y # de teléfono

Verbal

Escrito

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación y # de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha