



FAMILIA Y AMIGOS DE PRENSA
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Ryan Gini, MD
Ricardo J. Gonzalez, MD
Patricia A. Levan, MD
Mary A. Beedle, APRN

Esta NO ES una liberación de información o registros de las compañías de seguros o de otros médicos o de instalaciones.

POR FAVOR ENVIAR EE.UU. FAMILIA Y AMIGOS QUE PODEMOS HABLAR ACERCA DE USTED. Para su privacidad, cuando usted o su familia o amigos llamen a nuestra oficina lo primero que tendrán que verificar es la identidad de la persona que llama. No vamos a hablar con nadie que no se enumeran a continuación.

LISTA DE LA FAMILIA O AMIGOS, en su caso, a los que puede informar sobre su condición médica general y su diagnostic [de la familia o amigos Lista adicional en la parte posterior de esta página]:

NOMBRE: RELACIÓN: NUMERO DE CONTACTO:
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

\*\*\*\* \_\_\_\_\_ Puede hablar con quien sea sobre mi condición médica o un diagnostic.
[Iniciales]

Por favor liste su familia o amigos, en su caso, a los que puede informar sobre su condición médica EN UNA EMERGENCIA:

NOMBRE: RELACIÓN: NUMERO DE CONTACTO:
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

\*\*\*\* \_\_\_\_\_ Puede hablar con quien sea sobre mi condición médica o un diagnostic.
[Iniciales]

1. Por favor escriba la dirección de donde le gustaría que sus estados de cuenta y correspondencia de nuestra oficina sea enviado SI NO ES SU CASA.

2. ¿Además de usted, con quien podemos hablar con respecto a su cuenta?

3. ¿Gusta que toda la correspondencia de nuestra oficina sea enviada en un sobre cerrado marcado CONFIDENCIAL?

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO [Iniciales]

4. Por favor escriba el número de teléfono, en su caso, en la que desea recibir llamadas de sus citas, resultados de laboratorio y rayos X, otra información de salud, si no es su número de teléfono:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. Estaría de acuerdo en recibip mensajes confidenciales (por ejemplo recordatorios de cita) sean dejados en su contestador o correo de voz? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO [Iniciales]

6. Si usted no tiene correo de voz, puede ser un mensaje confidencial dejado en su lugar de trabajo? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO [Iniciales]

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIÁN:: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Si en algún momento gustaría cambiar la información que nos ha proporcionado, por favor háganoslo saber. Gracias.