

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/la madre/tutor legal para pacientes menores edad: _____

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actual nos permite llamarlo para recordarle gentilmente sobre sus próximas citas. En algunos casos, puede ser necesario contactarlo vía telefónica para conversar sobre otra información médica. **Por favor indique a continuación a cuál(es) número(s) podemos llamarlo:**

Elija la casilla adecuada

Teléfono: () _____ Hogar Celular Trabajo Iniciales: _____

Teléfono: () _____ Hogar Celular Trabajo Iniciales: _____

Teléfono del menor (pacientes entre 12 y 17 años): () _____ Iniciales: _____

Nos tomamos muy en serio las leyes de privacidad del paciente y el estado de California limita el tipo de información sobre la salud del adolescente que podemos compartir con sus padres. Por este motivo, mantendremos un número telefónico para uso exclusivo de los adolescentes entre 12 y 17 años.

Doy mi consentimiento y autorización a John Muir Physician Network y a su personal para dejar un mensaje telefónico detallado sobre mi atención médica o la de mi hijo menor de edad al(los) número(s) indicado(s) anteriormente (coloque las iniciales en cada opción).

No doy ni mi consentimiento ni mi autorización para dejar mensajes detallados sobre mi atención médica en mi buzón de voz, contestador automático o con una persona designada. Deseo que me contacten personalmente a cualquiera de los números indicados anteriormente (coloque las iniciales en cada opción). Entiendo que puede haber demoras al recibir mis resultados o atención médica.

Por favor indique a continuación cualesquiera individuos que designe para recibir información médica en su nombre

No doy ni mi consentimiento ni mi autorización para divulgar mi información médica a otros individuos.

Doy mi consentimiento y autorización a John Muir Physician Network para divulgar o revelar cualquier correspondencia o información médica, incluidos los resultados de pruebas, prescripciones, remisiones, registros médicos, etc., a las personas mayores de 18 años que se especifican a continuación:

Persona designada: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Persona designada: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Persona designada: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta preferencia de comunicación estará vigente por un año, salvo que usted la revoque o suministre algún cambio.

Firma _____ Fecha _____

3197030B (2/10/17)



**PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL
(CONFIDENTIAL COMMUNICATION PREFERENCE)**

PATIENT LABEL