

Solicitud de Comunicación Confidencial

Nombre de la Práctica/Dirección: Women's Health of Central Massachusetts
328 Shrewsbury St. Ste. 100, Worcester, MA 01604, 325 Thompson Road, Webster, MA 01570
340 Maple St., Ste. 125, Marlborough, MA 01752, 164 South St., Southbridge, MA 01550
Teléfono/Fax: (508) 755-4861 / (508) 752-1392

Según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) en su forma enmendada, usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relacionadas con su información médica personal, incluyendo recordatorios de citas, y otra información relacionada con el cuidado de la salud, se realicen a través de canales confidenciales. Esta práctica médica no le preguntará por /qué está realizando la solicitud, y hará los esfuerzos necesarios para acomodar todas las solicitudes razonables. Se debe proveer algún método de contacto. Esta práctica médica responderá a su solicitud por escrito para realizar cambios dentro de los 14 días de haber recibido una nueva solicitud. Por favor complete el formulario entero y envíelo a un Oficial de Privacidad a la dirección provista más arriba.

Yo, _____ por la presente solicito el uso de canales confidenciales para la
(nombre en imprenta)
comunicación de información relacionada con la salud personal, el tratamiento o el pago por el tratamiento de
_____.
(nombre del paciente en imprenta)

Paciente: Fecha de Nacimiento: _____ Nro. de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____

Método de Contacto Preferido

Número de Teléfono Fijo _____

- NO dejar un mensaje Dejar solamente un número de teléfono al cual devolver la llamada Dejar un mensaje

Número de Teléfono del Trabajo _____

- NO dejar un mensaje Dejar solamente un número de teléfono al cual devolver la llamada Dejar un mensaje

Número de Teléfono Móvil _____

- NO dejar un mensaje Dejar solamente un número de teléfono al cual devolver la llamada Dejar un mensaje

Dirección de Correo Electrónico (Cuando esté Disponible) _____

- NO enviar un mensaje Enviar solamente un número de teléfono al cual devolver el mensaje Enviar un mensaje

Personas autorizadas con quienes podamos compartir la información acerca del estado de salud de la persona:

****Este Consentimiento NO tiene fecha de Expiración a menos que así se indique en el área de "Nota"****

Nombre _____ Vínculo: _____ Nota: _____

Nombre _____ Vínculo: _____ Nota: _____

Nombre _____ Vínculo: _____ Nota: _____

Describa a continuación otros medios solicitados para la comunicación confidencial:

Comprendo que es mi responsabilidad notificar al consultorio sobre cualquier cambio en las preferencias detalladas anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si este formulario no ha sido completado por el paciente, por favor firme a continuación y consigne su vínculo con el paciente:

Firma: _____ Fecha: _____

Vínculo con el Paciente: Padre o madre Tutor legal Curador Representante personal

Una división de Médicos para la Salud de la Mujer

Con efecto a partir del 14 de Abril de 2003, con Actualizaciones: 4/29/04; 1/6/10; 4/14/11; 10/18/11; 11/1/13; 1/15/14; 8/14/14