

Preferencias de comunicación del paciente sobre su PHI

Preferencias de comunicación por teléfono

de Casa _____

de Trabajo _____

de Celular _____

Otro _____

Coloque etiqueta de identificación del
paciente aquí

Preferencias de comunicación por correo electrónico

Dirección de correo electrónico _____

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes y comunicarnos con ellos sobre sus servicios y obligaciones financieras usaremos todos los métodos de comunicación proporcionados para agilizar esas necesidades. Al proporcionar la información arriba, acepto que SurgiCare of Miramar o uno de sus agentes legales pueda usar los números telefónicos proporcionados para enviarme una notificación por texto, llamar usando un mensaje de voz artificial/pre-grabado por medio del uso de un servicio automatizado de marcación o dejar un mensaje de voz en una contestadora telefónica.

Si se ha proporcionado una dirección de correo electrónico, SurgiCare of Miramar o uno de sus agentes legales puede contactarme con una notificación por correo electrónico sobre mi cuidado, nuestros servicios, o mi obligación financiera.

Preferencias de comunicación por correo

¿Podemos enviar correo a la dirección de su hogar? *(Si no, por favor proporcione una dirección postal alterna abajo.)*

Además de usted, su compañía de seguros y personal médico involucrado en el cuidado de su salud, ¿con quién podemos hablar sobre la información del cuidado de su salud? (Marque todos lo que apliquen)

- | <u>Nombre:</u> | <u>Teléfono</u> |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidador _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | _____ |

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar restricciones sobre el uso y/o la divulgación de mi información protegida de salud.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar medios alternativos de comunicación de mi información protegida de salud.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Nombre

Relación con el paciente