

## Formulario de Contacto Alternativo/Método de Comunicación Preferido

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

Nosotros en Florida Vision Institute nos tomamos muy en serio su confidencialidad médica. No divulgaremos ni podremos divulgar información sin su autorización por escrito.

Esta autorización permite a nuestro personal hablar sólo con una persona(s) que usted designe en caso de que usted no esté disponible para recibir llamadas telefónicas o tenga un miembro adulto que le ayude a coordinar su atención médica. No debe designar a su médico.

Como parte de nuestra Política de Privacidad del Paciente, no dejaremos ninguna información de salud con ninguna otra persona a menos que usted lo autorice específicamente a continuación:

\_\_\_\_\_ NO autorizo a nadie a recibir información relativa a mi atención médica.

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi médico y a los empleados de esta clínica a hablar con:

1. \_\_\_\_\_ (Nombre), mi \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente), su número de teléfono es: \_\_\_\_\_, en relación con mis CITAS Y CUENTA/FACTURA
2. \_\_\_\_\_ (Nombre), mi \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente), su número de teléfono es: \_\_\_\_\_, en relación con mi ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO (incluidos los resultados de pruebas y análisis de laboratorio).

**La Comunicación Electrónica es mi método preferido**  sí  no

(Para poder comunicarnos electrónicamente con usted o con cualquier persona que usted designe, necesitamos su autorización por escrito. La comunicación puede realizarse de las siguientes formas: Teléfono particular/Contestador Automático, Teléfono Móvil: Buzón de Voz, Mensajes de Texto del Móvil, Correo Electrónico, Correo Postal o Teléfono del Trabajo).

Esta autorización permanecerá vigente a menos que yo la modifique mientras sea paciente de esta consulta. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina los cambios y rellenar un nuevo formulario. Cualquier problema y/o pregunta relativa a este formulario debe remitirse al Director de Privacidad.

Acepto que si deseo revocar esta autorización, lo notificaré por escrito.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_