**Consentimiento de la información medica protegida**

 ***Ayúdenos a comunicarnos mejor con usted.***

1. Me gustaría que se comuniquen conmigo por medio de (enumere del 1 al 4, por orden de preferencia):

[ ] Sólo cuando venga en persona [ ] Mensajes seguros a través de myClinicOnline

[ ] Por teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Mensajes de texto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Me pueden dejar un mensaje de voz sobre los temas marcados a continuación:

 [ ] Médico [ ] Salud mental [ ] No me dejen mensajes de voz

1. Doy mi aprobación para que esta agencia hable de mi salud con las siguientes personas:

[ ] Con nadie - la agencia no tiene permiso para hablar de mi salud con nadie más que conmigo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Parentesco Número de teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Parentesco Número de teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Parentesco Número de teléfono

1. Está bien que hablen de los siguientes temas que marqué con las personas nombradas arriba:

[ ] Resultados de análisis [ ] Facturación, seguro médico y pagos

[ ] Instrucciones o recomendaciones médicas [ ] Tratamiento, instrucciones o consejos de planificación familiar

[ ] Información de las citas [ ] Tratamiento, instrucciones o recomendaciones dentales

[ ] Información de medicamentos recetados

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal Fecha de hoy

***Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocado por el paciente/padre/madre/tutor legal, o en el caso de un(a) menor, en la fecha en que éste(a) se convierta en adulto bajo las leyes estatales. Por favor avísenos si quiere hacer algún cambio a lo anterior.***