

Envíelo por fax al 303-398-1211 o por correo postal a National Jewish Health, HIM Dept, Rm L07, 1400 Jackson St, Denver, CO 80206

En nuestro Aviso de prácticas de privacidad, le informamos que podríamos compartir su información de salud protegida verbalmente con las personas involucradas en su cuidado o en el pago de este.

Al completar este formulario, puede designar a aquellas personas con las que podemos conversar sobre su información de salud de rutina, como resultados de laboratorio, citas futuras o preguntas relacionadas con la facturación.

1. Paciente: ¿Cuándo podemos dejarle un mensaje sobre su información de salud?

(Trataremos de comunicarnos con usted directamente si tenemos información urgente o confidencial).

- Nunca
- En el buzón de mensajes de voz de mi casa, cuyo n.º es: _____
- En el buzón de mensajes de voz de mi trabajo al, cuyo n.º es: _____
- En el buzón de mensajes de voz de mi teléfono móvil al, cuyo n.º es: _____

2. Representante alternativo del paciente: ¿Con quién podemos conversar sobre su información de salud?

(Recuerde que esto no aplica a las llamadas realizadas desde nuestro sistema automatizado de recordatorio de citas a su número de teléfono, a menos que solicite que suspendamos este servicio).

- Con nadie
- Con las personas que se indican a continuación:

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

3. Preferencia sobre el contenido de divulgación: dejaremos un mensaje que incluye información de salud personal detallada, a menos que se especifique lo contrario a continuación:

(Indique a continuación los tipos de información sobre los que no desea que dejemos un mensaje).

4. Preferencias de terceros para pacientes pediátricos: ¿Podemos comunicarnos con la escuela, la guardería o el proveedor de cuidado infantil de su hijo acerca de su atención de salud?

Esto puede incluir divulgaciones sobre la salud conductual. Sí No _____ (Iniciales)

a. Especifique una preferencia alternativa, si corresponde:

Este consentimiento continuará en vigor hasta que el paciente/representante lo revoque, o cuando el paciente menor de edad alcance la mayoría de edad o se emancipe. Sírvase comunicarnos cualquier cambio.

Nombre del paciente para la designación de preferencia inicial

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/representante personal legal

Fecha/hora

Revocación de las preferencias de comunicación indicadas anteriormente (SOLO cambios en las preferencias):

¿Revocar todas las preferencias? Sí ¿Cambiar preferencias? Sí. Indique los cambios a continuación:

Firma del paciente/representante personal legal

Fecha/hora



HIPAA Patient Request _CC

Patient label

Consentimiento para la comunicación de información de salud protegida (PHI)

Blanco: historia clínica

Amarillo: paciente

HIP 027E (12/25)