



# Autorización para Información de Contacto

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

NUMERO DE GRÁFICO: \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_ CITA: \_\_\_\_\_

Estimado paciente,

Usted tiene el derecho de especificar como y cuando nos comunicaremos con usted con respecto a su atención/servicios médicos. Por ejemplo, Usted puede pedir que sólo lo contactemos por teléfono para tratar citas, resultados u otra información medica. Favor revise las siguientes opciones e indíquenos cual método de comunicación es mejor para usted.

## COMUNICACIÓN NORMAL

\_\_\_\_\_ Comunicación Normal: Toda información en mi cuenta puede ser utilizada para comunicarse conmigo, incluyendo dirección y número de teléfono de casa. El número de teléfono de mi trabajo puede ser usado para mensajes.

## COMUNICACIÓN RESTRINGIDA

\_\_\_\_\_ Solo contácteme por teléfono al: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No manden correspondencia a mi dirección de casa. Solamente mándenme comunicaciones escritas en relación a mi información médica a la dirección indicada abajo:

Calle: \_\_\_\_\_

Depto. o Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Instrucciones Especiales:

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

Mi firma abajo autoriza al medico y/o personal de empleados para comunicarse por el método indicado abajo: Esto incluye:

- Expresando que él/ella esta asociado con la oficina del doctor y/o Riverside Medical Clinic a cualquier persona o aparato contestador que pueda contestar el teléfono.
- Compartir la información con respecto a mis cits, resultado de exámenes u otra información médica con cualquier persona o aparato contestador que pueda contestar el teléfono.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_