

**Texas Tech University
Health Sciences Center**

Solicitud de comunicación confidencial

Patient Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) valora la privacidad de sus pacientes y asumió el compromiso de llevar a cabo su práctica profesional de una manera que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les proporciona una atención de alta calidad. El centro TTUHSC se adaptará a las solicitudes razonables.

Si necesita copias de su historia clínica, deberá completar un formulario de autorización diferente. Por favor, pida el formulario requerido a un miembro del personal.

- Permiso para proporcionar información de salud protegida verbal o dejar mensajes con la(s) siguiente(s) persona(s):
Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle los proveedores de atención médica que participan en su atención. El paciente o las personas detallados debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos: la dirección, la fecha de nacimiento o los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del paciente.

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

- Permiso para llamar a los siguientes números y dejar mensajes (sin divulgar información de salud protegida):
Tenga en cuenta que el centro TTUHSC no puede dejar los resultados de pruebas específicos ni detalles de planes de tratamiento en contestadores automáticos o en correos de voz, debido a nuestra preocupación por su privacidad.

N.º de teléfono: _____ N.º de teléfono: _____

- Permiso para usar la dirección de correo electrónico a fin de proporcionar datos sobre el portal de pacientes en Internet e información general acerca del centro TTUHSC.

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, complete las siguientes preguntas para obtener un nivel adicional de seguridad y que los miembros del personal pueden preguntar si tuviesen inquietudes relacionadas con la divulgación de su información. **Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre? _____

2. ¿Cuál es su lugar de nacimiento? _____

3. ¿Cómo se llama su abuela? _____

4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta
(Persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma
(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Relación con el paciente