



**Formulario de consentimiento para la comunicación de información médica protegida (PHI)**

En Elite Cardiovascular Group, nos gustaría comprender sus métodos de comunicación preferidos y obtener su consentimiento para divulgar información médica a miembros de la familia y otras personas de su elección. Al firmar este formulario, nos da permiso para transmitir su información médica, como resultados de laboratorio, solicitudes de prescripción, recordatorios de citas y referencias por teléfono, fax, correo postal u otros métodos especificados como se selecciona a continuación. También nos da permiso para divulgar información médica a los miembros de su familia, cuidadores u otras personas seleccionadas de acuerdo con sus preferencias a continuación. Entiende que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no cubrirá la información divulgada antes de esa fecha. Este formulario es opcional y vence en 2 años. Su solicitud estará en vigor hasta que notifique a nuestra práctica de cualquier cambio.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Registro Médico #: \_\_\_\_\_

**Métodos de comunicación (marque todos los que correspondan):**

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Deje un mensaje de voz

Deje un mensaje de voz

No deje un mensaje de voz

No deje un mensaje de voz

Celular Teléfono: \_\_\_\_\_

Comunicación escrita:

Dejar un mensaje de voz

Enviar a la dirección de casa

No dejar un mensaje de voz

Enviar a la dirección del trabajo

Mensaje de texto

Enviar por fax a este número:

\_\_\_\_\_

Mensajes electrónicos seguros a través del Portal para pacientes en línea (debe tener 18 años de edad o más)

Correo electrónico para acceder al portal del paciente: \_\_\_\_\_

Mensajes a través de Healow y ECW

Otros: \_\_\_\_\_

**Permiso (s) (marque todo lo que corresponda):**

No quiero que mi información médica sea comunicada a los miembros de mi familia o cuidadores

Le doy a esta práctica el permiso para comunicar mi información médica a miembros de familia, cuidadores u otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Información que se divulgará / accederá (marque todas las que correspondan):**

Información de la cita

Medicamentos recetados

Información de referencias

Resultados de laboratorio

Instrucciones / consejos médicos

Facturación, seguro y pago formation

**X** \_\_\_\_\_

Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento