

**Solicitudes para comunicaciones confidenciales
&
Notificación de Prácticas de Privacidad**

De acuerdo con los reglamentos de la ley de Información de Salud y Portabilidad del acto de 1996 (HIPAA), Usted tiene el derecho de pedir que cualquier información concerniente a su salud se haga de forma confidencial. El personal de Ivette E. Diaz, M.D., LLC no le preguntará porque Usted esta haciendo esta solicitud, y hará todo lo posible para poder asistirle. Favor de especificar como prefiere ser contactado.

Yo, _____ (escriba su nombre) Solicitó el uso de formas de comunicación confidenciales en relación a mi salud personal, tratamientos, o pagos por algun tratamiento.

Esta autorización será valida hasta que sea revocada por escrito.

Por favor escoja las formas aceptables de contacto.

- Teléfono de la casa: _____
- Teléfono del trabajo: _____
- Celular/ Mobil: _____
- Biper: _____

Especifique las personas a quién el personal de la oficina puede contactar para discutir su información médica. (Debe incluir los nombres):

- Ninguna, por favor solo hablen conmigo.
- Cónyuge: _____ Teléfono: _____
- Miembro de Familia: _____ Teléfono: _____
- Padre/Madre: _____ Teléfono: _____
- Amigo(a): _____ Teléfono: _____
- Otro(Abogado, etc.): _____ Teléfono: _____

En caso de que Usted o su contacto no esten accesibles, el personal de la oficina puede:

- _____ Dejar un mensaje en su contestadora de telefono.
- _____ No pueden dejar un mensaje.

Afirmo que se me ha presentado una copia de la política de prácticas de privacidad, especificando como mi información personal de salud puede ser usada y divulgada bajo lo permitido por las leyes federales y del estado, además explicando mis derechos sobre la información de mi salud.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Si este documento es firmado por otra persona que no sea el paciente:

Firma: _____

Fecha: _____

Relación de la persona con el paciente: _____

Solo para uso de la oficina:

Recibido por: _____

Fecha/Hora: _____

Si el paciente/ representante del paciente se niega a firmar este documento, por favor de documentar la fecha y la hora en que fue negado debajo.

Nombre/Firma: _____

Fecha/Hora: _____