



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Solicito recibir comunicaciones respecto a la información contenida en mi expediente médico de acuerdo a los siguientes medios: (Marque y complete la opción correspondiente).

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relacionada con mi tratamiento en WHASN se envíe por correo regular a la siguiente dirección:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

- Solicito que, cuando sea razonable, se me comunique la información relativa a mi tratamiento en WHASN utilizando el siguiente número de teléfono: _____

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relacionada con mi tratamiento en WHASN me sea comunicada utilizando el siguiente número de fax (fax): _____

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relativa a mi tratamiento en WHASN me sea comunicada de acuerdo con el siguiente método*:

** Si desea que sus registros médicos se envíen por correo electrónico, cifraremos el mensaje; sin embargo, con esta solicitud, usted reconoce, como se indica con la firma a continuación, que WHASN no es responsable de ninguna violación de seguridad, en caso de que su correo electrónico, teléfono, computadora, etc., se vea comprometido.*

Usted exime a WHASN de toda responsabilidad por todos y cada uno de los daños que se produzcan.

Entiendo que no todas las solicitudes de comunicación confidencial pueden ser atendidas por la práctica debido a las limitaciones en las capacidades de la práctica.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____/____/____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal