CIFC Health

Formulario de Consentimiento para la Comunicación con el Paciente

En CIFC Health, nos esforzamos por brindarle una atención excelente y una comunicación oportuna. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para recibir mensajes de CIFC Health, incluyendo recordatorios de citas, actualizaciones de programación, resultados de exámenes y otra información relacionada con la atención médica, a través de los métodos indicados a continuación.

Consentimiento de Contacto

Al proporcionar su información de contacto, usted otorga permiso para ser contactado de las maneras que marque a continuación:

Celular: _____

☐ Mensaje de texto ☐ Mensaje no confidencial ☐ Mensaje detallado ☐ No dejar mensaje

Teléfono de casa: _____

☐ Mensaje de texto ☐ Mensaje no confidencial ☐ Mensaje detallado ☐ No dejar mensaje

Trabajo: _____

☐ Mensaje de texto ☐ Mensaje no confidencial ☐ Mensaje detallado ☐ No dejar mensaje

Dirección de correo electrónico:

_____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, se le otorgará acceso al portal del paciente y usted da su consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico.

☐ Al marcar esta casilla, rechazo el acceso al portal del paciente y recibir mensajes por correo electrónico

Mensajería Electrónica

☐ Al marcar esta casilla, reconozco:

- La frecuencia de los mensajes puede variar
- Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes/datos para SMS
- Puedo optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo STOP
- Los proveedores de servicios no son responsables por mensajes retrasados o no entregados
- Política de privacidad: Para obtener más información sobre cómo protegemos su información, por favor revise nuestras prácticas de privacidad disponibles en nuestro sitio web en https://www.cifc.org/home-page/page/website-disclaimer

Contactos Autorizados

Personas autorizadas con quienes podemos compartir su información personal de salud (PHI):

Nombre: _____ **Relación:**_____

Teléfono: _____

Compartir información: ☐ Solo contacto de emergencia ☐ Autorizo compartir toda la Información de Salud Protegida (PHI)
☐ Autorizo compartir información de Salud Conductual y Trastornos por Uso de Sustancias

Nombre: _____ **Relación:**_____

Teléfono: _____

Compartir información: ☐ Solo contacto de emergencia ☐ Autorizo compartir toda la Información de Salud Protegida (PHI)
☐ Autorizo compartir información de Salud Conductual y Trastornos por Uso de Sustancias

Nombre: _____ **Relación:**_____

Teléfono: _____

Compartir información: ☐ Solo contacto de emergencia ☐ Autorizo compartir toda la Información de Salud Protegida (PHI)
☐ Autorizo compartir información de Salud Conductual y Trastornos por Uso de Sustancias

Reconocimiento

Entiendo que:

- Este consentimiento no vence. Puedo solicitar cambios en mis preferencias de comunicación y contactos en cualquier momento
- CIFC Health hará esfuerzos razonables para respetar mis preferencias
- Algunas comunicaciones pueden seguir siendo necesarias para el tratamiento o las operaciones

Nombre del Paciente: _____Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del Paciente o del Padre/Madre o Guardian Legal: _____

Nombre en Letra de Molde del Padre/Madre o Guardian Legal (si firmó arriba):

_____