

Texas Tech University Health Sciences Center Forma de Petición de Comunicación Confidencial	Nombre del Paciente: _____
	TTUHSC MRN: _____
	Fecha de Nacimiento: _____

Información de Contacto del Paciente:

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Texas Tech Health Sciences Center (TTUHSC) valora la intimidad de sus pacientes y esta cometido a operar nuestra práctica en una manera que promueve la confidencialidad del paciente al proporcionar el cuidado de los pacientes de alta calidad.

TTUHSC tomara en cuenta peticiones razonables. TTUHSC puede condicionar la petición razonable con respecto a información en cuanto a método en pago, si cualquiera, será manejado y la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. TTUHSC no requiere una explicación en cuanto a la base para las peticiones como una condición de proporcionar comunicaciones confidenciales.

Aunque TTUHSC no pueda dejar resultados específicos de pruebas en maquinas de contestación debido a nuestra preocupación por su privacidad, nosotros estamos dispuestos a comunicar con usted como usted especifique: (o dirija)

Permiso para dar información protegida de salud o dejar mensajes con la persona o personas siguientes:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Permiso para llamar a los números siguientes y dejar mensajes (sin revelar información protegida de salud):

Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

Ubicación: _____ Número de Teléfono: _____

Note por favor algún alojamiento especial adicional necesitado:

 Fecha Imprima su nombre Paciente/Otra persona legalmente autorizada

 Hora Testigo/Interprete* Imprima nombre y parentesco con el paciente