



**PATIENT COMMUNICATION/PERMISSION TO VERBALLY DISCUSS
PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
COMUNICACIÓN CON EL/LA PACIENTE//PERMISO PARA HABLAR VERBALMENTE DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Si la etiqueta no está disponible,
rellene los espacios en blanco a
continuación:

NOMBRE: _____

FDN: _____

MRN: _____

Nombre paciente	Fecha de nacimiento	Fecha efectiva
Teléfono principal	Otro teléfono	____/____/____

Mi método preferido de comunicación (Marque solamente uno):

- Teléfono principal MyKeystone Otro teléfono Otro: _____

(Si Keystone no puede comunicarse con usted por su método preferido, utilizaremos otros métodos disponibles.)

Se puede dejar la información siguiente en el teléfono:

- Mensaje detallado (incluso cualquier información relacionada con el tratamiento o el pago)
 Mensaje que solicita que devuelva la llamada

Doy permiso para que Keystone comparta VERBALMENTE la información que he marcado con la familia, los amigos y otros que he identificado a continuación como personas que están involucradas en mi atención médica, la coordinación de atención o el pago de mi atención médica.

- NADIE**

PADRE O MADRE/TUTORES, INCLUYA SU NOMBRE EN EL FORMULARIO

<p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p> <p>Marque todos los que corresponden:</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre programación de citas/citas</p> <p><input type="checkbox"/> Información médica/dental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos, y plan de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre la salud mental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, y plan de tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/pruebas <input type="checkbox"/> Resultados de VIH <input type="checkbox"/> Información sobre facturación y pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describa): _____</p>
<p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p> <p>Marque todos los que corresponden:</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre programación de citas/citas</p> <p><input type="checkbox"/> Información médica/dental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos, y plan de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre la salud mental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, y plan de tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/pruebas <input type="checkbox"/> Resultados de VIH <input type="checkbox"/> Información sobre facturación y pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describa): _____</p>
<p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p> <p>Marque todos los que corresponden:</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre programación de citas/citas</p> <p><input type="checkbox"/> Información médica/dental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos, y plan de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre la salud mental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, y plan de tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/pruebas <input type="checkbox"/> Resultados de VIH <input type="checkbox"/> Información sobre facturación y pagos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describa): _____</p>

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____

Marque todos los que corresponden:

- Información sobre programación de citas/citas
- Información médica/dental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos, y plan de tratamiento
- Información sobre la salud mental, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, y plan de tratamiento.
- Resultados de laboratorio/pruebas Resultados de VIH Información sobre facturación y pagos
- Otro (describa): _____

Escuelas

Se ha de completar lo siguiente para pacientes de edad escolar (menos de 18).

Como padre o madre/tutor legal de este menor, consiento en que el proveedor/la proveedora de Keystone divulgue pruebas de inmunizaciones a la escuela nombrada a continuación.

Nombre de la escuela: _____

Distrito escolar: _____

Otro: _____

Entiendo que, en ciertas situaciones, es posible que Keystone hable con otras personas que estén involucradas en mi atención o en el pago de esa atención, si lo permite la ley, que puedan no estar identificadas en este formulario.

Entiendo que tengo el derecho a revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando Keystone ya haya hecho divulgaciones basadas en esta solicitud. Entiendo que este permiso permanecerá vigente hasta que complete y envíe un formulario revisado.

Este formulario no autoriza la entrega a las escuelas de copias de mis expedientes médicos, con la excepción de los registros de vacunación

Indique su relación con el/la paciente: Paciente Representante del/de la paciente Relación _____

Firma paciente/representante

Fecha

Escriba nombre con letras de imprenta (si no es el/la paciente): _____

Firma testigo

Fecha