



**Preferencia del paciente respecto de la comunicación de información médica**

Para proteger mejor su privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), hemos creado este formulario de consentimiento para revelar información médica a familiares y otras personas a su elección. Esto también se usará para obtener el consentimiento para dejarle mensajes detallados a los números de teléfono indicados a continuación, enviarle los resultados de laboratorio a su casa por correo y también enviarle los resultados de laboratorio a su dirección de correo electrónico de forma segura una vez inscrito en NextMD. Por ley, no se nos permite revelar información médica a los familiares del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente. El propósito de este documento es proteger su privacidad.

**Comunicación a familiares, cónyuges u otros:**

Por el presente, yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, doy mi permiso para la revelación de información médica con respecto a citas y preguntas sobre mi afección y tratamiento a la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Marque aquí si no da su permiso para que otros familiares, parientes o amigos personales íntimos tengan acceso a cualquier información con respecto a su afección médica.

**Comunicación para recordatorios de citas y seguimientos de citas:**

Es posible que en Methodist Medical Group (MMG) usemos su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico ("Información de contacto") y sus registros clínicos para comunicarse con usted y transmitirle recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se le dejará un mensaje en el correo de voz o a la persona que atienda el teléfono. Al firmar este formulario, acepta que MMG se comunique con usted para transmitirle recordatorios de citas e información y para dejarle mensajes por correo de voz o a alguna persona de su hogar. La información que usamos o revelamos a partir de este consentimiento es posible que vuelva a ser divulgada por cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y deje de estar protegida por las normas federales de privacidad.

Usted tiene derecho a no otorgar su consentimiento a MMG para usar su número de teléfono o su dirección de correo electrónico para recibir recordatorios de citas y alternativas de tratamientos. Si acepta otorgar su consentimiento, usted tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si no acepta otorgar este consentimiento a MMG o lo revoca en el futuro, esto no afectará el tratamiento que le brindamos.

ACEPTO las siguientes formas de comunicación para recibir recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (*coloque sus iniciales en todas las opciones que corresponda*): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Mensaje de texto (si corresponde)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Portal seguro para el paciente que se usará en la forma descrita anteriormente.

Dirección de correo electrónico preferida \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_

**Si aceptó recibir comunicaciones a través del portal seguro para el paciente,** recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya información segura para que consulte, como resultados de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que usará para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario y contraseña únicos.

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las repercusiones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener derecho y/o capacidad de revisar todo correo electrónico recibido en su dirección del trabajo.

\_\_\_\_\_ (coloque sus iniciales). No acepto otorgar mi consentimiento a MMG para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo y transmitirme recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Entiendo que es posible que deba programar una cita de seguimiento con el médico para que controle los resultados de mis pruebas; de lo contrario, recibir sus resultados por correo podría demorar hasta 10 días hábiles.

**Consentimiento y acuerdo** He revisado atentamente este documento y acepto cumplir plenamente los lineamientos aquí definidos para la comunicación de mi información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>1</sup>Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio sin cargo proporcionado por MTP, pero es posible que se apliquen las tarifas de mensajería estándar de su proveedor de telefonía móvil. Si tiene alguna pregunta, consulte con su proveedor.