

Cuestionario del paciente de HIPAA

1. Por favor, escribe el nombre de un familiar(es) o personas, si las hay , a quien poder informar sobre su condición médica general y su diagnostico (tratamiento incluyendo , pago y las operaciones del cuidado médico):

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

2. El nombre por favor de los familiares o persona(s), a que podemos informar sobre su condición médica. **SOLAMENTE EN UNA EMERGENCIA.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

3. Por favor, escriba de forma legible la dirección de donde usted recibe correspondencia de nuestra oficina que se enviara **si con excepción de su hogar. (Comunicación confidencial).**

\_\_\_\_\_

4. Por favor, escriba si usted desea toda la correspondencia de nuestra oficina enviada en un sobre sellado marcado

**"CONFIDENCIAL".** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

5. Por favor escriba el número de teléfono o el correo electrónico donde usted desea recibir llamadas sobre su cita, laboratorio y radiografía resultados o la información del cuidado médico. **(Si con excepción de su número de teléfono casero)** dirección del \_\_\_\_\_ -  
Email(del \_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

6. ¿Se pueden los mensajes confidenciales (IE, recordatorios de la cita) dejar en su contestador automático de teléfono o mensaje de voz? Si: \_\_\_\_\_ No : \_\_\_\_\_

7. Entiendo el acto de la protección del aislamiento y me han ofrecido una copia del aviso de la organización de las prácticas del aislamiento puestas al día para el Rile Omnibus De ALTA TECNOLOGIA de 2013.

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ (guarda si bajo 18 anos)

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente Del Guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha