

**Consultorios médicos del sistema de salud de Washington  
Comunicación HIPAA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Doy permiso al personal de los consultorios médicos de Washington Health System para comunicarse con las personas aprobadas a continuación con respecto a mi atención médica, incluida mi condición médica, los resultados de las pruebas y las fechas y horarios de las citas.

| Controlar (X) caja para todo Prácticas esto aplica.                      | ALL | PCP Office | General Surgery | Washington Pediatrics | OB/GYN Care | Center for Mental Health and Wellbeing | Cardiovascular Care | Center for Orthopedic Excellence | Infectious Disease | Pulmonary/ Critical Care | Urology |
|--|-----|------------|-----------------|-----------------------|-------------|--|---------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------------|---------|
| Autorizado(a)<br>Contacto: _____<br>Relación: _____<br>Teléfono #: _____ |     |            |                 |                       |             |  |                     |                                  |                    |                          |         |
| Autorizado(a)<br>Contacto: _____<br>Relación: _____<br>Teléfono #: _____ |     |            |                 |                       |             |  |                     |                                  |                    |                          |         |
| Autorizado(a)<br>Contacto: _____<br>Relación: _____<br>Teléfono #: _____ |     |            |                 |                       |             |  |                     |                                  |                    |                          |         |

Doy mi permiso para que los consultorios médicos de WHS se comuniquen conmigo mediante los siguientes métodos:

- Teléfono Los mensajes telefónicos/de texto pueden incluir servicios de salud importantes y recordatorios de citas.
- Mensaje de texto Marque el número preferido para que el personal se comunique.

de casa : \_\_\_\_\_  Número de celular : \_\_\_\_\_

Portal del paciente: comunicación segura en línea donde puede enviar y recibir mensajes a sus proveedores y al personal del consultorio. Recibirá un recordatorio por correo electrónico de las próximas citas y notificaciones cuando los resultados de las pruebas de WHS y otra información estén disponibles. Puede recuperar mensajes iniciando sesión en el portal seguro o utilizando la aplicación HEALOW.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a los consultorios médicos de WHS donde recibo atención si la información anterior cambia.

Paciente o firma/relación autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente incapaz de firmar debido a:  Incompetencia mental  Incapacidad física  Menor de 18 años  
 Otro \_\_\_\_\_