

**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) Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____											
Autorizado(a) Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____											
Autorizado(a) Contacto: _____ Relación: _____ 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 _____