

UPMC

MEDICINA QUE CAMBIA LA VIDA (LIFE CHANGING MEDICINE) UPMC Washington Physician Offices Comunicación de HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo al personal de UPMC Washington Physician Offices a comunicarse con la(s) siguiente(s) persona(s) con respecto a mi atención médica, incluyendo mi condición médica, resultados de pruebas y fechas y horarios de citas.

Nombre	Relación	Número de teléfono

Autorizo a WHS Physician Offices a contactarme mediante los siguientes métodos:

- Teléfono:** Los mensajes telefónicos pueden incluir llamadas de recordatorio para servicios médicos importantes y recordatorios de citas. Marque el número preferido para que el personal se ponga en contacto con usted.
 - N.º de casa:** _____
 - N.º de celular:** _____

- Mensajes de texto:** Los mensajes de texto pueden incluir recordatorios de servicios médicos importantes y de citas.

- Portal del paciente:** Comunicación en línea segura donde puede enviar y recibir mensajes a sus proveedores y personal de oficina. Recibirá un recordatorio por correo electrónico de las próximas citas y una notificación cuando estén disponibles los resultados de las pruebas y otra información de UPMC Washington Physician Offices. Puede recuperar los mensajes accediendo al portal seguro o utilizando la aplicación HEALOWapp.

Dirección de correo electrónico: _____

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a UPMC Washington Physician Office donde estoy recibiendo atención si cualquiera de la información anterior cambia.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____
(Firma del paciente o persona autorizada/relación)

El paciente no puede firmar debido a:
 Incompetencia mental Incapacidad física Menor de 18 años Otro: _____