

Patient's Communication Preferences Regarding their PHI

Telephone Communication Preferences

Home # _____
Work # _____
Mobile # _____
Other _____

Place Patient Identification Label Here

E-Mail Communication Preferences

Email Address _____

In order to best serve our patients and communicate regarding their services and financial obligations we will use all methods of communication provided to expedite those needs. By providing the information above I agree that ABC Surgery Center or one of its legal agents may use the telephone numbers provided to send me a text notification, call using a pre-recorded/artificial voice message through the use of an automated dialing service or leave a voice message on an answering device. If an email address has been provided, ABC Surgery Center or one of its legal agents may contact me with an email notification regarding my care, our services, or my financial obligation.

Mail Communication Preferences

May we send mail to your home address? (If no, please provide an alternate mailing address below.)

Other than you, your insurance company, and health care providers involved in your care, whom can we talk with about your health care information? (Check all that apply)

- | | <u>Name:</u> | <u>Telephone</u> |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Spouse _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Caretaker _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Child _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Parent _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Other _____ | _____ |

I acknowledge that I have been given the opportunity to request restrictions on use and/or disclosure of my protected health information.

I acknowledge that I have been given the opportunity to request alternative means of communication of my protected health information.

Patient or Personal Representative Signature

Date

Printed Name

Relationship to Patient

Preferencias de comunicación del paciente sobre su PHI

Preferencias de comunicación por teléfono

de Casa _____
de Trabajo _____
de Celular _____
Otro _____

Coloque etiqueta de identificación del
paciente aquí

Preferencias de comunicación por correo electrónico

Dirección de correo electrónico _____

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes y comunicarnos con ellos sobre sus servicios y obligaciones financieras usaremos todos los métodos de comunicación proporcionados para agilizar esas necesidades. Al proporcionar la información arriba, acepto que ABC Surgery Center o uno de sus agentes legales pueda usar los números telefónicos proporcionados para enviarme una notificación por texto, llamar usando un mensaje de voz artificial/pre-grabado por medio del uso de un servicio automatizado de marcación o dejar un mensaje de voz en una contestadora telefónica.

Si se ha proporcionado una dirección de correo electrónico, ABC Surgery Center o uno de sus agentes legales puede contactarme con una notificación por correo electrónico sobre mi cuidado, nuestros servicios, o mi obligación financiera.

Preferencias de comunicación por correo

¿Podemos enviar correo a la dirección de su hogar? (Si no, por favor proporcione una dirección postal alterna abajo.)

Además de usted, su compañía de seguros y personal médico involucrado en el cuidado de su salud, ¿con quién podemos hablar sobre la información del cuidado de su salud? (Marque todos lo que apliquen)

<u>Nombre:</u>	<u>Teléfono</u>
<input type="checkbox"/> Esposo(a) _____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidador _____	_____
<input type="checkbox"/> Hijo(a) _____	_____
<input type="checkbox"/> Padre/Madre _____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar restricciones sobre el uso y/o la divulgación de mi información protegida de salud.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar medios alternativos de comunicación de mi información protegida de salud.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Nombre

Relación con el paciente