



Dr. Beatriz Galofre DDS
 720 Sunrise Ave. #120 Roseville, CA 95661
 Office - (916)783-0471 • Fax - (916)783-0484

Autorización del paciente para el manejo de información

En general la regla de privacidad HIPAA le da a los individuos el derecho de solicitar que la información acerca de su salud sea restringida y protegida. Los individuos también tienen el derecho de solicitar que la comunicación acerca de su salud sea sea confidencial o que sea realizada a travez de métodos alternativos como por ejemplo el envío de correspondencia a su lugar de trabajo en vez de a su lugar de residencia.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (indique todas las opciones que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Está bien dejar mensajes con información detallada | <input type="checkbox"/> Comunicación por escrito |
| <input type="checkbox"/> Esta bien mandar correspondencia a mi casa | <input type="checkbox"/> Numero de teléfono de casa _____ |
| <input type="checkbox"/> Solo dejar mensaje con numero para llamar de vuelta | <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Esta bien mandar correspondencia a mi trabajo/oficina | <input type="checkbox"/> Otro (Fax, Celular, etc.) _____ |
| <input type="checkbox"/> Esta bien mandar un fax al número que he indicado | <input type="checkbox"/> Esta bien mandarme mensajes de texto |
| <input type="checkbox"/> Esta bien mandarme email _____ | |

Doy permiso de que mi información médica sea compartida o de que contesten preguntas de (indique todas las opciones que apliquen)

- Pareja _____
- Padres _____
- Hijos _____
- Otra Persona (por favor explique) _____
- Nadie

 Firma del Paciente

 Fecha

 Nombre Escrito

 Fecha de nacimiento