



Carondelet Medical Group

Carondelet Health Network

Business Office: 3501 E. Speedway Suite 300 Tucson, AZ 85716
(520) 833-5200

Carondeletmedicalgroup.com

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (APP)

Un Aviso de Prácticas de Privacidad (APP) se proporciona a todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo la información médica de Ud. podrá ser usada o revelada; 2) sus derechos sobre cómo Ud. puede obtener acceso a su propia información médica, corregir su propia información médica, solicitar o pedir un informe de divulgaciones de esa información; 3) sus derechos a presentar una queja si Ud. cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) Nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído lo anterior, ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, y es el Paciente o el representante personal del Paciente.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente/Fecha Firmada

Nombre del Representante Personal del Paciente

Firma del Representante Personal del Paciente/
Fecha Firmada

SOLO PARA USO INTERNO

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Si se aplica, la razón por la cual no se pudo obtener el reconocimiento escrito del paciente: D

- El Paciente no pudo firmar.
- El Paciente se negó a firmar.
- Otra razón:

Versión 1 Fecha Efectiva: 2/1/2018

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO
DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD (APP)**

Inserte información adicional del
Paciente según sea necesario.



Carondelet Medical Group

Carondelet Health Network

Business Office: 3501 E. Speedway Suite 300 Tucson, AZ 85716
(520) 833-5200

Carondeletmedicalgroup.com

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Es posible que necesitemos contactarlo con respecto a su cuidado médico, citas, resultados de pruebas médicas, u otra razón. Esto reconoce que Ud. autoriza a Carondelet Medical Group a contactarlo y cómo desea que lo contactemos (marque todo lo que corresponda):

	ORDEN DE PREFERENCIA:	SE PUEDE DEJAR MENSAJE?	NÚMERO DE TELÉFONO:
TELÉFONO DE CASA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CELULAR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
TELÉFONO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
TELÉFONO ALTERNATIVO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
PORTAL PARA PACIENTES Y CORREO ELECTRÓNICO SEGURO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	CORREO ELECTRÓNICO:	
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores			

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nos puede dar autorización a contactar a un miembro de su familia sobre su cuidado médico o asuntos financieros. Esto reconoce que Ud. autoriza a Carondelet Medical Group a divulgar su información de salud protegida a las siguientes personas (marque todo lo que corresponda):

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Tipos de Información: Avisos de Citas Resultados (pruebas de laboratorio, Rayos X, etc.) Financiera Otra: _____

Está bien contactarse vía: Teléfono Dejar Mensaje Portal Para Pacientes y Correo Electrónico Seguro Otra: _____

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Tipos de Información: Avisos de Citas Resultados (pruebas de laboratorio, Rayos X, etc.) Financiera Otra: _____

Está bien contactarse vía: Teléfono Dejar Mensaje Portal Para Pacientes y Correo Electrónico Seguro Otra: _____

Nombre: _____ **Relación al Paciente:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Tipos de Información: Avisos de Citas Resultados (pruebas de laboratorio, Rayos X, etc.) Financiera Otra: _____

Está bien contactarse vía: Teléfono Dejar Mensaje Portal Para Pacientes y Correo Electrónico Seguro Otra: _____

Ninguna de las anteriores

Firma/Fecha: _____