

**Texas Tech University  
Health Sciences Center**

**Confidential Communication Request**

Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

TTUHSC values the privacy of its patients and is committed to operating our practice in a manner that promotes patient confidentiality while providing high quality patient care. TTUHSC will accommodate reasonable requests.

If you need copies of medical records, you will need to complete a different authorization form. Please ask a staff member for the required form.

- ☐ Permission to give verbal protected health information (including appointment information) and leave messages with the following person(s): Example: family members, friends, personal caregivers, etc. You do not need to list any medical providers who are involved in your care. The patient and individuals listed below must provide at least one of the following: patient's address, patient's date of birth, last four digits of the patient's Social Security number.

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Please note that TTUHSC cannot leave specific test results or details of treatment plan on answering machines or voice mail due to our concern for your privacy.**

Please complete the following questions for additional level of security which staff may ask if they have concerns on releasing your information. **Please provide at least one answer.**

1. What was your mother's maiden name? \_\_\_\_\_
2. What town were you born in? \_\_\_\_\_
3. What is your grandmother's name? \_\_\_\_\_
4. What is the name of your first pet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Your Name and Relationship to Patient  
(Person signing consent form)

\_\_\_\_\_  
Signature  
(Patient or Other Legally Authorized Person)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient



//

**Texas Tech University  
Health Sciences Center**

**Confidential Communication Request**

Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

TTUHSC valora la privacidad de los pacientes y asumió el compromiso de desarrollar su práctica médica de una forma que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les brinda una atención de la más alta calidad. TTUHSC se ocupará de satisfacer los pedidos razonables.

Si necesita copias de registros médicos, deberá completar un formulario de autorización diferente. Solicite a un miembro del personal el formulario requerido.

- ☐ Permiso para proveer información de salud protegida de manera verbal o dejar mensajes (incluyendo información de citas) a la(s) siguiente persona(s): Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle a los proveedores médicos que le brindan atención. El paciente y las personas detalladas debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos del paciente: dirección, fecha de nacimiento, o los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Debido a nuestra preocupación por su privacidad, TTUHS no puede dejar mensajes que contengan resultados específicos de alguna prueba ni detalles de plan de tratamiento en contestadores automáticos o buzones de voz.**

Favor de completar las siguientes preguntas para contar con un nivel adicional de seguridad. El personal podría formular estas preguntas si tuviera inquietudes respecto a la divulgación de su información. **Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre? \_\_\_\_\_
2. ¿En qué pueblo nació? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo se llama su abuela? \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Escriba con letra de imprenta su nombre y su relación con el paciente.  
(La persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma  
(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

