

**Texas Tech University  
Health Sciences Center**

**Solicitud de comunicación confidencial**

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

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

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

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) valora la privacidad de sus pacientes y asumió el compromiso de llevar a cabo su práctica profesional de una manera que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les proporciona una atención de alta calidad. El centro TTUHSC se adaptará a las solicitudes razonables.

Si necesita copias de su historia clínica, deberá completar un formulario de autorización diferente. Por favor, pida el formulario requerido a un miembro del personal.

- Permiso para proporcionar información de salud protegida verbal o dejar mensajes con la(s) siguiente(s) persona(s):  
Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle los proveedores de atención médica que participan en su atención. El paciente o las personas detallados debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos: la dirección, la fecha de nacimiento o los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

- Permiso para llamar a los siguientes números y dejar mensajes (sin divulgar información de salud protegida):  
**Tenga en cuenta que el centro TTUHSC no puede dejar los resultados de pruebas específicos ni detalles de planes de tratamiento en contestadores automáticos o en correos de voz, debido a nuestra preocupación por su privacidad.**

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

- Permiso para usar la dirección de correo electrónico a fin de proporcionar datos sobre el portal de pacientes en Internet e información general acerca del centro TTUHSC.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor, complete las siguientes preguntas para obtener un nivel adicional de seguridad y que los miembros del personal pueden preguntar si tuviesen inquietudes relacionadas con la divulgación de su información. **Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se llama su abuela? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? \_\_\_\_\_

Fecha

Nombre en letra de imprenta  
(Persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma  
(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Relación con el paciente