



451 James Madison Hwy, #104
Culpeper, VA 22701
Phone: (540) 727-8880
Fax: (540) 727-8882

Información del Paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: _____ Ethnicidad: _____

Información del Contacto:

Teléfono de Casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Teléfono del Trabajo: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Teléfono Móvil: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Dirección de correo electrónico: _____

Adviso de HIPAA:

En La Clinica Aviso De Privacidad está disponible para usted en su totalidad en forma impresa. Reconozco que se me ha ofrecido en el Aviso de prácticas de privacidad de la Clinica. En el Aviso de prácticas de privacidad de Clinica describe cómo la información médica puede ser usada y divulgada. También explica cómo puede obtener acceso a su información médica, y a quién contactar si siente que se han violado sus derechos de privacidad.

Preferencia de Comunicación:

En un esfuerzo para llegar a usted de manera más eficiente que confirmar citas, dejar mensajes con respecto a su salud, y para discutir los problemas de facturación de seguros, le pedimos que complete la siguiente información de contacto telefónico. Aunque preferimos no dejar mensajes, nos gustaria asegurar que su información médica esté debidamente protegida como es requerido por las directrices de la HIPAA. Al completar la siguiente información telefónica, esto nos dará la autorización para dejar mensajes con aquellas personas que se mencionan en los números que usted ha enumerado.

Por favor escriba los nombres de familiares o amigos con los que nos autoriza a hablar con relativa a su atención médica:

1) _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2) _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Atestación

Firma: _____ Fecha: _____