



Pueblo  
Community  
Health Center

**HIPAA Acuerdo y Solicitud  
De Comunicado Confidencial**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO**

Yo reconozco el haber recibido las Notificaciones de Prácticas de Privacidad de la Clínica Pueblo Community Health Center (Favor de firmar abajo) Me gustaría recibir cualquier copia de las enmiendas de las Notificaciones de Practicas de Privacidad por correo electrónico:  Si  No  
Si desea recibirlas, favor de proveer su correo electrónico: \_\_\_\_\_

**COMUNICACION**

También me gustaría que la Clínica Pueblo Community Health Center siga estas instrucciones cuando se comunique conmigo sobre mi salud (favor de seleccionar las que apliquen):

Teléfono durante el día (número de contacto primordial):

Dejar mensaje de voz en mi contestadora/correo de voz  Permitido  No Permitido  
Dejar mensaje con otra persona  Permitido  No Permitido

En el Numero Alternativo de Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dejar Mensaje y avisar quien llama  Permitido  No Permitido  
Dejar mensaje en la contestadora del número alternativo  Permitido  No Permitido

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (letra molde): \_\_\_\_\_

**Si el paciente no firmo (o el miembro del plan), favor de llenar lo siguiente, que indica su relación al paciente:**

- Padre/Tutor del menor.  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_
- Beneficiario o representante personal del fallecido paciente (copia de la orden girada por la corte)
- Guardián o Cuidador de la persona incapacitada (copia de la orden girada por la corte)
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Privacy Practice Acknowledgement must be signed before initial visit to Pueblo Community Health Center. You may end or change "Communication" section in this form at any time by filling out a new form. All previous "HIPAA Authorization-Confidential Communication Request" forms will be void.**

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_  
Date sent to Med Rec: \_\_\_\_\_ Med Rec Clerk Initials: \_\_\_\_\_ Scanned Date: \_\_\_\_\_



Pueblo  
Community  
Health Center

**HIPAA Acuerdo y Solicitud  
De Comunicado Confidencial**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION**

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo permiso a la Clínica Pueblo Community Health Center y/o al personal de la Clínica Pueblo Community Health Center, para discutir en lo que concierne sobre mi salud con los individuos mencionados abajo, los cuales de vez en cuando, me ayudaran a recibir o pagar por mi cuidado de salud. Esto puede incluir pero no está limitado a asistir a mis citas, ayudarme con el seguimiento de las recomendaciones de tratamiento, recoger mis medicamentos, ayudarme a entender mis resultados de exámenes, ayudarme a entender y hacer pagos sobre mi cuidado de salud.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES**

Las siguientes personas no se les permitirá acceso a mi información de Salud Personal:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra molde: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Si el paciente no firmo (o el miembro del plan), favor de llenar lo siguiente, que indica su relacion al paciente:**

\_\_\_\_ Padre/Tutor del menor.

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Beneficiario o representante personal del fallecido paciente (copia de la orden girada por la corte)

\_\_\_\_ Guardián o Cuidador de la persona incapacitada (copia de la orden girada por la corte)

\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**You may end or change the directions in this form at any time by filling out a new form. All previous "HIPAA Authorization-Confidential Communication Request" forms will be void.**

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_

Date sent to Med Rec: \_\_\_\_\_ Med Rec Clerk Initials: \_\_\_\_\_ Scanned Date: \_\_\_\_\_