

**Texas Tech University
Health Sciences Center**

**Solicitud de Comunicación Confidencial
y
Preguntas sobre Protección de Robo de Identidad**

Nombre del Paciente: _____

Numero de Historial Médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

TTUHSC valora la privacidad de sus pacientes y está comprometido a ejercer su práctica de una manera que promueva la confidencialidad del paciente mientras proporciona una alta calidad de cuidados para el paciente. TTUHSC se adaptará a solicitudes razonables.

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

- Permiso para dar información protegida oralmente o para dejar mensajes con la(s) siguiente(s) persona(s): **Ejemplo: Familiares, amigos, encargados de su cuidado, etc. No necesita enumerar a ningún proveedor médico que esté involucrado en su cuidado.**

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

- Permiso para llamar a los números siguientes para dejar mensajes (sin divulgar la información de salud protegida): **Por favor tome nota que TTUHSC no puede dejar los resultados de exámenes específicos o detalles del plan de tratamiento en máquinas contestadoras o en correos de voz debido a nuestro interés por su privacidad.**

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

- Permiso para usar su dirección de correo electrónico para proporcionarle información sobre la pagina electrónica de información para el paciente e información general sobre TTUHSC.

Dirección de correo electrónico: _____

Preguntas de Seguridad y Protección de Robo de Identidad: Por favor proporcione un mínimo de dos respuestas.

1. ¿Cómo se llama el colegio de educación primaria al que asistió? _____

2. ¿Cuál es el apellido de soltera de su mamá? _____

3. ¿Cuál fue el modelo de su primer carro? _____

4. ¿En qué ciudad nació? _____

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma (Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Hora

Testigo/Traductor

Relación con el paciente