

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. Le estaremos enviando recordatorios de sus citas por medio de mensaje de texto y/o mensajes de voz en su teléfono. Si usted **NO** desea recibir recordatorios **por medio de mensajes de texto**, marque **AQUI** .
2. También necesitamos que usted nos informe dónde podemos llamarle y si podemos dejar mensajes de voz detallados acerca de su cuidado de salud en su número telefónico del hogar, trabajo o celular. Si no tenemos su permiso para dejar mensajes de voz detallados, nuestro personal solamente dejará un breve mensaje pidiéndole que usted nos llame al BCHC.

Favor de enumerar en la lista la mejor forma para comunicarnos con usted. Detalle los números telefónicos en orden de preferencia:

Número Telefónico del Paciente	Hogar	Trabajo	Celular	¿Podemos dejar mensaje de voz detallado?
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. OTRAS PERSONAS: Nuestra prioridad es mantener privada su información de salud. Solamente compartimos su "Información de Salud Protegida" para propósito de tratamientos, pagos u operaciones del centro de salud según lo permite o requiere la ley. Además, únicamente divulgaremos y compartiremos su "Información de Salud Protegida" con aquellas personas cuyos nombres usted anote en esta forma como sus contactos autorizados. **Si usted desea que otras personas le recojan sus recetas o traiga y recoja sus documentos y/o cualquier otro papeleo, dichos nombres tienen que estar enlistados en esta forma.**

No compartiremos su información de salud mental o conductual con ninguna otra persona, a menos usted nos haya otorgado su permiso, en la parte inferior de esta forma, para compartir dicha información.

Por favor anote los nombres de las personas a las cuales usted autoriza que pueden hablar con su Proveedor y con el personal de BCHC acerca de su cuidado de salud y quienes pueden recoger sus recetas o documentos.

Nombre	Parentesco	Número Telefónico	Se le puede compartir mi información de salud física	Se le puede compartir mi información de salud MENTAL	Puede recoger mis recetas	Puede recoger mis formularios y papeleo
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

Entiendo que, en cualquier momento, puedo cambiar o anular estos permisos y completar una forma nueva.

¿Le gustaría inscribirse para recibir boletines informativos de salud, anuncios en general e información acerca del Berks Community Health Center por medio del correo electrónico? Sí No
Si contestó afirmativo, ¿cuál es su dirección de correo electrónico? _____

Signature of Patient/Parent or Personal Representative

Date Signed

Print Name of Patient/Parent or Personal Representative

Relationship to Patient