

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

Al marcar esta casilla, estoy revocando todos los formularios de Consentimiento previo para la Comunicación.

Nombre del Paciente: _____

DOB: _____

Sección 1: Métodos para Comunicarse Conmigo

La información detallada sobre mi condición médica y tratamiento médico puede dejarse o enviarse a través de:

	Sí	No	N/A
Correo de Voz del Teléfono Residencial			
Correo de Voz del Teléfono Celular			
Mensajes de Texto (Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos)			
Correo de Voz de Trabajo			
Correo Electrónico			
Otras comunicaciones electrónicas (p. ej., aplicaciones web o móviles, dispositivos digitales conectados a Internet)			

Teléfono, Correo Electrónico y Otras Comunicaciones Electrónicas:

Doy mi consentimiento para que Nexus Family and Maternity Care (Nexus) use mis números de teléfono (incluidos los números de teléfono celular/inalámbricos), direcciones de correo electrónico y otras comunicaciones electrónicas que proporcione a Nexus para citas, referencias, tratamiento, facturación, cobro de deudas y otros fines. relacionados con mi cuidado. Esto incluye llamadas automáticas, mensajes de voz pregrabados/artificiales y todas las demás llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos y todas las demás llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos y otras comunicaciones electrónicas. Si dejo de usar cualquier número de teléfono proporcionado, lo notificaré de inmediato a Nexus y eximiré a Nexus de cualquier gasto u otra pérdida que surja de la falta de notificación. Entiendo que los mensajes de texto estándar, los correos electrónicos sin cifrar y otras comunicaciones electrónicas que envío y recibo de Nexus pueden fluir a través de redes que no son seguras y pueden estar en riesgo de exposición de mi información de salud (por ejemplo, el mensaje podría ser interceptado y visto por un tercero no autorizado). Además, una vez que reciba el mensaje de texto, correo electrónico u otra comunicación electrónica, alguien podrá acceder a mi teléfono, aplicaciones, dispositivos digitales o cuentas de correo electrónico y leer el mensaje. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que solo las personas autorizadas tengan acceso a mi correo electrónico, mensajes de texto, teléfono celular y otros dispositivos digitales. Entiendo estos riesgos y doy permiso a Nexus para que se comunique conmigo como se indicó anteriormente.

Sección 2: Comunicación con Otros

Además de las personas que se enumeran a continuación, Nexus puede comunicarse con sus familiares, amigos u otras personas que, según su criterio profesional, determine que están involucradas en su atención o pago, y comunicarse con dichas personas sería lo mejor para usted. Al incluir a alguien a continuación, no le otorga a esa persona ninguna autoridad sobre ningún tratamiento o decisión de atención. Doy mi permiso a Nexus para comunicar información sobre mi atención a las personas que se enumeran a continuación. (Si el paciente es menor de edad, la información se dará a ambos padres a menos que se considere inapropiado de conformidad con la ley federal/estatal o una orden judicial.)

Nombre _____

Relación _____

Número de Teléfono _____

Nombre _____

Relación _____

Número de Teléfono _____

Nombre _____

Relación _____

Número de Teléfono _____

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información anterior si quiero que se cambie. Entiendo que puedo revocar este consentimiento si así lo decido. Puedo revocar este consentimiento completando un nuevo Formulario de Consentimiento para Comunicar e indicando mi revocación en el formulario, o notificando a Nexus por escrito de mi revocación.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Relación (si no es paciente): _____