

Formulario de Preferencia de Comunicación

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

En un esfuerzo por garantizar su privacidad, es importante que comprendamos su método preferido para recibir y comunicar información médica y administrativa relacionada con la terapia de su hijo. Como tal, indique sus preferencias de comunicación a continuación.

Para obtener información médica y administrativa relacionada con mi hijo, como documentación, clínica, recordatorios de citas, actualizaciones de terapias, etcétera, por la presente otorgo permiso a Serenity Pediatric Therapies para hacer lo siguiente:

Documentación escrita e información verbal:

Si	No	
		Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita a través de un servicio de correo electrónico encriptado que cumple con HIPAA a través de mi correo electrónico proporcionado
		Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita (como recordatorios o cancelaciones de citas) a través de un mensaje de texto. Entiendo que con esta opción, la comunicación escrita puede ser vista por un tercero no deseado y acepto plenamente este riesgo.
		Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita a través de USPS en un sobre sin marcar.
		I grant permission to provide me with written communication via USPS in an unmarked envelope.
		Elijo recibir información clínica en persona o por teléfono a través de los números proporcionados.
		Otorgo permiso para dejar información médica relevante en mi contestador automático o correo de voz. También doy permiso de divulgar información médica relacionada con el cliente a las personas que se enumeran a continuación.

Intercambio de información (incluya a los padres y cuidadores junto con cualquier otra persona que le gustaría incluir).

Nombre de la persona	Relación con el cliente	Dirección de correo electrónico y/o número de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		

Ofrecemos recordatorios de citas!

Por favor, marque qué opción prefiere:

___ Recordatorio enviado por correo electrónico. El correo electrónico que me gustaría que se use es: _____

___ Recordatorio enviado por mensaje de texto (SMS). El número de celular a utilizar es: _____

___ No quiero recibir recordatorios de citas.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la práctica de cambios en mi información de contacto preferida o mis preferencias de comunicación, así como revocar en cualquier momento.

Imprimir Nombre del cliente: _____

Imprimir Nombre del Representante Legal: _____ Relación con el cliente: _____

Firma del Representante Legal del Cliente: _____ Fecha: _____