

Caballero Family Healthcare Group, PLLC
1920 Kirby Parkway Ste 202
Germantown TN 38138
Teléfono 901-751-9997
Hoja de información de privacidad del paciente
Actualización del 1.º de enero de 2020

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Últimos cuatro dígitos del No. de Seguro Social:** _____

Dirección: _____

**¿Teléfono
Principal?**

**¿Acepta mensajes
de texto?**

**¿Acepta
mensaje?**

Nuestra oficina utiliza un servicio de llamadas para recordarle de sus citas. El número que usted indique como su teléfono principal se usará para recordatorios de citas. También es posible que le dejemos un mensaje con respecto a los resultados de la prueba u otra información, si usted indica a continuación que está bien hacerlo.

Teléfono de casa: _____ ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No

Teléfono móvil: _____ ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No

Otro teléfono: _____ ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No

Indique aquí su dirección de correo electrónico si desea recibir recordatorios de citas por correo electrónico o si desea utilizar el portal del paciente: _____

Si tiene familiares o amigos con los que usted quisiera que podamos compartir información sobre su salud y los servicios nuestros que usted recibe, por favor anote los nombres a continuación y marque los tipos de información que podemos discutir con ellos.

Nombre	Parentesco	Teléfono	Toda la información	Información de facturas	Información médica	Otra, especifique:

Reconocimiento de recibo del aviso de privacidad

Si hoy es su primera visita a nuestra oficina, está recibiendo un Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo nuestra oficina puede usar y divulgar su información de salud. Por favor firme a continuación para indicar que recibió el Aviso. Si esta no es su primera visita, anteriormente recibió un Aviso de prácticas de privacidad. Sin embargo, puede solicitar otra copia del Aviso en cualquier momento en la recepción. Firme a continuación para reconocer que recibió ahora o previamente el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Por favor notifíquenos de inmediato y complete un nuevo formulario si alguna de la información en esta hoja cambia.