

Nombre: \_\_\_\_\_

Caso número: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Unidad: \_\_\_\_\_

Inicial

Revisión

### HIPAA Restricciones Cuestionario Del Paciente

1. Podemos enviar correo a su domicilio (A la dirección que tenemos en el sistema)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sí no, por favor, indique la dirección de correo alternativo a continuación o informar si el correo puede ser enviado a su casa en un sobre blanco.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Podemos ponernos en contacto con usted por teléfono?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor de chequear el cuadro que corresponde al número del teléfono que UBHC puede utilizar para ponerse en contacto con usted y anote el número completo.

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Permiso para dejar mensaje de voz      Sí \_\_\_ No \_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Permiso para dejar mensaje de voz      Sí \_\_\_ No \_\_\_

Otro Número \_\_\_\_\_

Permiso para dejar mensaje de voz      Sí \_\_\_ No \_\_\_

3. Favor de indicar si UBHC puede revelar su nombre para situaciones de Socorro en caso de un desastre.      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardián\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Firma del testigo\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_