

## Confidencialidad de Preferencias de Comunicación

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal Preferida: \_\_\_\_\_

Número de teléfono Celular Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección de correo Electrónico Preferida:  
\_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas, correos electrónicos y mensajes de texto de Nth Degree Orthodontics. Las comunicaciones consisten en recordatorios de citas y otra información sobre el tratamiento, aunque es posible que estos mensajes no estén encriptados.

### CÓMO COMUNICARSE CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES:

Esta práctica puede comunicarse oralmente a los miembros de la familia, amigos o cuidadores que se enumeran a continuación.

Marque la casilla junto a cada tipo de información que esta práctica pueda compartir.

Toda la información  Citas (solicitar/confirmar/cancelar)  Facturación/Seguro

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

(Nombre y Apellido del Familiar/Amigo/Cuidador)

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

(Nombre y Apellido del Familiar/Amigo/Cuidador)

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

(Nombre y Apellido del Familiar/Amigo/Cuidador)

### RECONOCIMIENTO Y FIRMA

- Usted reconoce que la información relacionada con el diagnóstico de una enfermedad transmisible como el VIH o un diagnóstico relacionado a la salud mental o al abuso de sustancias podría incluirse en una comunicación que usted autorice en este formulario.

La información que se ha compartido según lo permitido por este formulario puede ser divulgada y ya no está protegida por el estado o leyes federales de privacidad.

- Puede revocar o detener las comunicaciones en este formulario en cualquier momento por escrito. No se aplicará a ninguna de las comunicaciones que se realizaron antes de que nuestra práctica recibiera su notificación por escrito para detener las comunicaciones.
- Se debe completar una Autorización para Divulgar Información de Salud o una Solicitud de Acceso del Paciente para que esta práctica proporcionar copias o transmitir su información/registros de salud a cualquier otra persona que no sea usted.
- Todos los cambios o actualizaciones a este formulario deben hacerse por escrito y estar firmados por usted (paciente) o su personal representante

---

**Firma del Paciente o Persona Autorizada**

**Fecha**

(Requerido si el paciente es menor de edad o un adulto que no puede firmar el formulario)

(Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjunte la documentación necesaria si no se proporcionó anteriormente)