Preferencias de Comunicación con el Paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac.: _____

Utilizamos un sistema automatizado de llamadas de recordatorio y mensajería para notificarle sobre las próximas citas, informarle sobre los resultados de análisis de laboratorio y de otro tipo, información de facturación y otra información que nos gustaría compartir con nuestros pacientes. Para las próximas citas, nos pondremos en contacto con usted hasta con tres días hábiles de anticipación y se le dará la oportunidad de confirmar o cambiar su cita. Para ayudar a nuestros pacientes con el acceso a su información, como resúmenes de visitas, resultados de análisis de laboratorio, imágenes u otras pruebas, tenemos un portal seguro donde puede ver esta información. También puede recibir sus resultados a través de una llamada telefónica o un sistema de mensajería.

Al responder a las siguientes preguntas, nos estará haciendo saber sus preferencias para recibir esta información. Si desea cambiar esta información en cualquier momento en el futuro, simplemente solicite y complete este formulario de Preferencias de Comunicación con el Paciente nuevamente y actualizaremos sus preferencias como corresponde.

Consentimiento para recibir llamadas telefónicas/mensajes de texto automatizados *(como se indica a continuación):* ◻ *Sí* ◻ *No*

Por favor, marque abajo sus preferencias para recibir información:

Tipo de información	Correo electrónico*	Teléfono*	Texto*
Avisos sobre la salud	◻ Sí	◻ Sí	◻ Sí
Avisos sobre recetas	N/A	N/A	◻ Sí
Citas	◻ Sí	◻ Sí	◻ Sí
Anuncios	◻ Sí	◻ Sí	◻ Sí
Información de facturación	◻ Sí	◻ Sí	◻ Sí
Otro material de información de CHP	◻ Sí	◻ Sí	◻ Sí

Los pacientes que elijan la opción de mensaje de texto citada arriba, recibirán un mensaje de texto inicial que requerirá una respuesta para optar por recibir mensajes de texto futuros.

Por favor, proporcione la información siguiente que usaremos para contactarlo según lo marcado arriba *si es que difiere de la información puesta en el formulario de Registro de Pacientes:*

Correo electrónico: _____ Núm. teléfono celular: _____

Núm. teléfono alternativo: _____ Clase de teléfono (celular, del hogar o el trabajo): _____

¿Podemos dejar un mensaje en su correo de voz o contestador automático (sin información confidencial)?
◻ Sí ◻ No

¿Desea registrarse en el Portal del Paciente? ◻ Sí ◻ No ◻ Ya registrado

En caso afirmativo, usaremos su correo electrónico de arriba a menos que proporcione otro diferente:

_____

¿Hay alguna restricción en cuanto a quién puede reprogramar sus citas? Si es así, tenga en cuenta esto a continuación: _____