



C S 0 0 3 0

REHAB SERVICES

REHAB CONTACT AUTHORIZATION

Nombre	Número de Ficha /Número de ID del Pt	Fechas de Servicio si son aplicables.
--------	--------------------------------------	---------------------------------------

CHI Health se compromete a proteger la privacidad de nuestros pacientes. Sin autorización, los mensajes dejados en el contestador automático, correo de voz o con otras personas se limitaran al nombre de la persona que está llamando de CHI Health y el número de teléfono para llamar. Si prefiere que se proporcione una información más completa, por favor llene el siguiente formulario. Esta autorización tendrá una validez de un año a menos que sea revisada por usted.

Por favor, póngase en contacto conmigo de la siguiente manera:

Teléfono de la Casa/Celular () _____ <input type="checkbox"/> Deje mensaje – fecha y hora de la cita <input type="checkbox"/> Deje mensaje – nombre/número de teléfono del proveedor <input type="checkbox"/> Deje mensaje – resultados de exámenes/laboratorio/medicamentos/Cambios <input type="checkbox"/> No deje mensaje de ningún tipo	Si usted nos ha autorizado para dejar un mensaje, por favor indique los detalles a continuación. <input type="checkbox"/> Correo de voz / Contestador automático solamente <input type="checkbox"/> Cualquiera que conteste el teléfono <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Solamente las siguientes personas: _____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Permitido para enviar correos
Teléfono del Trabajo () _____ <input type="checkbox"/> Deje mensaje – fecha y hora de la cita <input type="checkbox"/> Deje mensaje – nombre/número de teléfono del proveedor <input type="checkbox"/> Deje mensaje – resultados de exámenes/laboratorio/medicamentos/Cambios <input type="checkbox"/> No deje mensaje de ningún tipo	
Toda comunicación por escrito será enviada a la dirección archivada. Por favor verifique que tenemos la dirección correcta listada. Cualquier cambio: Utilice el formulario de Practicas de Privacidad para las Comunicaciones Confidenciales - disponible en la página de HIPAA de MyAlegent.	

Personal de CHI Health: cambios en la información de contacto puede requerir cambios en el sistema y la documentación en el Formulario de Acción de Practicas de Privacidad (FPA, por sus siglas en ingles). Los formularios están disponibles en MyAlegent en la página HIPAA; "formulario relacionado con la privacidad y las políticas " **Este documento no sustituye esos cambios.**

Por favor firme abajo para autorizar o verificar la información de contacto anterior. Cambios en este documento requerirán un nuevo formulario para ser completado.

Fecha	Firma de Autorización del Paciente (o del padre o tutor legal O verificación del personal)

Fecha	Firma de Autorización del Paciente (o del padre o tutor legal O verificación del personal)