



MODERN DERMATOLOGY

WESTPORT, CT

tel (203) 635-0770 | fax (203) 635-0771

www.moderndermct.com

info@moderndermct.com

Formulario de Solicitud de Comunicación Confidencial

Por favor lee las siguientes opciones que dicen si podemos o no podemos dejar mensaje de voz acerca de su información médico. Por ejemplo resultados de laboratorio. Por favor elige entre las siguientes opciones:

YO SI DOY MI CONSENTIMIENTO a que Modern Dermatology deje mensajes:

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a los trabajadores de Modern Dermatology que dejen un mensaje de voz acerca de mi información médico con las siguientes opciones. (inicial cada caja que le gustaría que usemos para dejar mensajes) Esto seguirá siendo efectivo hasta que rescinda por escrito.

El fonobuzon \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Esposa/esposo (nombre) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Otro (nombre) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Otro (nombre) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

YO NO DOY MI CONSENTIMIENTO a dejar un mensaje detallado en mi teléfono móvil, correo de voz, o con mi familia.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, por favor indica su relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del paciente \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No deseo recibir correos electrónicos sobre promociones de eventos o ofertas especiales de Modern Dermatology.