



Atestaciones y autorizaciones anuales

Solicitud de comunicación confidencial

_____ Permiso para dar información de salud protegida verbalmente o dejar un mensaje con la(s) siguiente(s) persona(s)

Ejemplo: Familiares, amigos, cuidadores personales, etc. No enumere a los proveedores médicos involucrados en su atención.

Nombre: _____

Nombre: _____

Portal Lubbock Gastro:

El portal es un sistema seguro y conveniente que le permite comunicarse con su proveedor de atención médica y acceder a sus registros médicos. Se me ha presentado la información sobre el Portal del Paciente De Lubbock Gastro. Por favor, proporcione su correo electrónico, ya que esta será la principal forma de comunicación.

Correo electrónico: _____

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos, mensajes de texto y/o mensajes de voz de Lubbock Gastroenterología para recordarme una cita, para encuestas sobre mi experiencia con el equipo de atención médica o para proporcionar recordatorios generales o información sobre nuevos servicios.

Lubbock Gastroenterología no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto según lo dispuesto en su plan de servicio móvil.

Entiendo que este formulario de autorización y consentimiento será válido y permanecerá en vigor indefinidamente a menos que yo revoque lo contrario por escrito. Cualquier revocación no será efectiva hasta que Lubbock Gastroenterología la reciba.

Seguimiento – hasta Citas

"Entiendo que todos mis seguimientos serán con las Enfermeras Practicantes según la discreción del Dr. Islam. Si el Dr. Islam considera necesario tener el seguimiento con él; se lo hará saber al personal de la parte delantera".

Firma del Representante del Paciente/Paciente Legalmente Autorizado:

Relación con el paciente: _____

Nombre impreso: _____