

Acuerdo de Confidencialidad

Mientras reciba los servicios en la Institución _____, usted tendrá derecho a decidir quién podrá y quién no podrá recibir información sobre su presencia y tratamiento en esta institución. Este formulario es para que documente sus elecciones. Sírvase colocar su inicial indicando su elección en las siguientes áreas:

Visitantes:

_____ Opto por tener visitantes

_____ Opto por limitar los visitantes específicos a:

_____ Opto por no tener visitantes

Uso del teléfono:

_____ Opto por recibir llamadas telefónicas

_____ Opto por limitar las llamadas recibidas a personas específicas, entre ellas:

_____ Opto por no recibir llamadas telefónicas

Registros Médicos:

_____ Opto por no limitar el acceso a mis registros médicos

_____ Opto por limitar el acceso a mis registros médicos a:

_____ Opto por limitar el acceso a mis registros médicos únicamente al personal y a los profesionales que participen en mi tratamiento

Otros:

_____ Entiendo que las leyes federales y estatales, los tribunales y las afecciones médicas pueden limitar cualquiera de las decisiones precedentes

_____ Entiendo que, aunque éstas son mis elecciones actuales, puedo modificar este documento en cualquier momento, y que será adjuntado a mi historia clínica mientras dure el tratamiento.

Firma de la Persona

Nombre de la Persona

Fecha

Nombre del Testigo