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

Ver Art. 394.459(5), Leyes de Florida
Formulario CF-MH 3048, Febrero de 2005 (Formulario Recomendado) **LEY BAKER**