

Monterey County Health Department



Preferencia de Comunicación (Communications Preferences)

Por favor provea la siguiente información:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Quiero que el Departamento de Salud del Condado de Monterey se comunique conmigo de la siguiente manera (*marque cuantas usted desee*):

Telemedicina – Entiendo que algunos servicios clínicos se pueden hacer por los proveedores de telemedicina (proveedores que pueden ver a sus pacientes a través de una pantalla y de esa manera “ver” a su paciente, en lugar de ver a su paciente “en persona.”) Si ese servicio está disponible, yo estaría interesado en recibir atención por medio de telemedicina.

Correo – Por favor utilice esta dirección de correo, y use el servicio de correo de los E.E.U.U. para enviarme cartas:

Teléfono – Por favor use mi número de teléfono personal:

Puede enviar mensajes de texto acerca de mi cuidado en este número.

Teléfono de Trabajo – Por favor use mi número de teléfono del trabajo:

Puede dejar mensajes sobre mi cuidado en este número.

Teléfono Celular – Por favor use mi número de teléfono del trabajo:

Puede dejar mensajes sobre mi cuidado en este número.

Mensajes de Texto – Por favor use mi número de celular (arriba) para enviarme mensajes de texto sobre mi cuidado.

El tipo de información que puede ser enviada por texto:

Recordatorios sobre citas, referencias, análisis de laboratorio, y o recetas de medicina

Mensajes generales sobre mis condiciones de salud

Cualquier otra información que no aparece en la lista anterior:

Por favor de especificar con quien dentro del Departamento de Salud del Condado de Monterey (MCHD) desea comunicarse por medio de mensajes de texto, escribiendo el nombre o título exacto / posición dentro de MCHD, (por ejemplo, “Mary Smith, LCSW” o “mi administrador de casos”): _____

Mensajes de Correo Electrónico (si desea comunicarse mediante correo electrónico, por favor indique la dirección de correo electrónico que desea utilizar:

El tipo de información que puede ser enviado por correo electrónico:

- Recordatorios sobre citas, referencias, análisis de laboratorio, y/o recetas de medicina
- Mensajes generales sobre mi condición de salud
- Cualquier otra información que no aparece en la lista anterior:

Por favor de especificar con quien dentro del Departamento de Salud del Condado de Monterey (MCHD) desea comunicarse por medio de correo electrónico, escribiendo el nombre o título exacto/posición dentro de MCHD, (por ejemplo, "Mary Smith, LCSW" o "mi administrador de casos"): _____

Seguridad: Elija una de las cajitas de abajo y proporcione la respuesta para que podamos identificarlo en su prueba de texto / correo electrónico.

- Mi color favorito: _____
- El nombre de mi mascota: _____
- Mi comida favorita: _____
- Mi profesor favorito: _____

Confidencialidad: Por favor lea cada una de las siguientes declaraciones y reconozca su entendimiento de ellas poniendo sus iniciales en el espacio en blanco:

_____ Me han ofrecido una copia de "Los mensajes de texto y correo electrónico de su información", lo leí y entendí.

_____ Entiendo que el texto y/o correos electrónicos sobre mí y mi cuidado de salud pueden ser pasados a otros proveedores de atención de salud, incluso a proveedores que no trabajan para MCHD, con el propósito de poder brindarme atención médica.

_____ Entiendo y reconozco que los mensajes de texto y/o correo electrónico no son tan seguros como el hablar por teléfono o como el envío de cartas a través del correo de los E.E.U.U o como por otros métodos de entrega.

_____ Entiendo y reconozco que a pesar de las precauciones tomadas por el MCHD para proteger mi privacidad, no hay ninguna garantía de confidencialidad cuando la información se comunica a través de texto y/o correo electrónico.

Firma del Representante del Paciente

Fecha

Si es firmado por un Representante de Pacientes, por favor, indique su relación con el paciente.

Clínica o Programa de MCHD: