

**Notificación de HIPAA:** Reconozco que he leído y entendido el aviso de privacidad y prácticas.

[La forma de HIPAA se puede encontrar en nuestra página de internet o oficina.]

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

**Instrucciones de Comunicacion de Informacion de Salud Privada:**

¿Cómo le gustaría que nos contactemos con usted?

Por Favor marque y complete los vacíos apropiados

1.  Podemos mandarle correo electrónico o texto de noticias, eventos, y promociones futuras?
2.  Podemos usar nuestro programa de Curogram para mandarle cita de confirmación de texto?
3. Si no desea usar Curogram, ¿cómo nos podemos comunicar con usted? Por Teléfono:  
 Casa: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Trabajo: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Celular: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No

4. ¿Cómo le gustaría recibir sus resultados?

Correo a Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico : \_\_\_\_\_

Por Telefono:

Casa: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Trabajo: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Celular: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No   
 Otro: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje con detalles? Si  No

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

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_