



TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO

Solicitud de Comunicación Confidencial

Patient Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (TTUHSC El Paso) valora la privacidad de sus pacientes y asumió el compromiso de llevar a cabo su práctica profesional de una manera que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les proporciona una atención de alta calidad. Algunos pacientes solicitan que nos comuniquemos con ellos en direcciones o números de teléfono alternativos. El centro TTUHSC El Paso aceptara solicitudes razonables.

Dirección donde quiero recibir la correspondencia:

Número de teléfono al que se pueden comunicar conmigo durante el día: _____

Número de teléfono al que se pueden comunicar conmigo durante la noche: _____

Números de teléfono adicionales para comunicarse conmigo (por ejemplo, teléfono celular): _____

Número de fax para enviarme información: _____

Fecha

Nombre en letra de imprenta
(Persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma
(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Hora

Testigo/traductor

Relación con el paciente