



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 quierorecibir 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)

Relación con el paciente