

Fecha _____

Autorización del Paciente/ Acta (HIPPA) Seguro de Salud Portabilidad Y Responsabilidad

1. Por favor escriba los números de teléfonos donde usted quiera recibir llamadas o información de sus citas, resultados de laboratorio, o de otro asunto de su cuidado de salud por parte directa de su doctor o del personal.

Teléfono de Casa _____ Tel. Cell _____

Tel. de Trabajo _____ Email _____

2. Mensajes confidenciales (ej. citas, laboratorio, remisiones, reportes medico) se podrían dejar en el contestador automático de su casa, correo de voz de su celular, o correo electrónico. ?Si ?No

3. Por favor escriba una lista de los miembros de familia o otras personas a las cuales les podamos informar acerca de su condición medica o diagnósticos generales.

Nombre(s)/Relación(es) _____

La información en esta autorización es aplicable por 1 año a partir de la fecha en la cual la forma fue firmada y aprobada por el paciente. Después de 1 año, ésta información será automáticamente efectiva por los siguientes periodos de 1 año A MENOS QUE el paciente nos informe de cambiar la información de arriba.

Nombre del Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Reconocimiento de Pacientes de Información para la Salud de Privacidad

Entiendo que bajo la Ley de 1996 (HIPPA) Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para: Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente; Obtener el pago de terceros pagadores; Realizar las operaciones normales de la salud, tales como las evaluaciones de calidad y certificación del médico.

He sido informado por su parte de su Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicha Notificación de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que ésta organización tienen el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad de vez en cuando y que puedo hacer que ésta organización en cualquier momento a la dirección de registro para obtener una copia actualizada del Aviso de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este reconocimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ha tomado acción confiada en este reconocimiento.

Nombre del Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Rep. Autorizado _____