

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN HIPAA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Familiares/Contactos autorizados

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir información sobre mi atención médica:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Permiso para llamadas telefónicas y correo de voz

Número(s) de teléfono que la oficina puede utilizar:

1.

2.

3.

Seleccione una opción:

☐ SÍ — Autorizo a la oficina a dejar mensajes confidenciales en el buzón de voz de los números indicados.
arriba.

☐ LIMITADO — La oficina solo podrá salir:

Información de la cita Solicitud de devolución de llamada Otro: _____ ☐ ☐ ☐

☐ NO — Por favor, no deje mensajes de voz que contengan información médica.

Comunicación con la familia/representante

Autorizo a la oficina a comunicarse con las personas mencionadas anteriormente en relación con:

Citas Información médica/de tratamiento Resultados de pruebas/laboratorio ☐ ☐ ☐

Facturación de medicamentos/seguro médico ☐ ☐ ☐ Todo lo anterior

Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización por escrito.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del representante (si corresponde): _____

Relación/Autoridad: _____

Reconocimiento del paciente de la privacidad de la información de atención médica

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para: Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente; Obtener pago de terceros pagadores; Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Me han informado de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo hacer que esta organización en cualquier momento en la dirección registrada obtenga una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, está obligado a cumplir con dichas restricciones. Entiendo que puedo revocar este reconocimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas basándose en este reconocimiento.