

REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: _____

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS
TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A
CARGO EN EL FUTURO.**

Por favor, **escriba** su nombre aquí

Por favor, **firmo** con su nombre aquí

Representante Legal

Descripción de la Autoridad

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o
Consentimientos: _____

CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:

Sólo primer nombre

Apellido propio

Otro _____

POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU
SALUD:

(Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____
Relación: _____
Nombre: _____
Relación: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular
- Confirmación al Teléfono de Casa
- Confirmación al Teléfono del Trabajo
- Mensaje de texto a mi Teléfono Celular
- Confirmación por Correo Electrónico

Cualquiera de las anteriores

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SEA COMUNICADA VIA:

- Confirmación mediante Teléfono celular
- Confirmación mediante Teléfono de casa
- Confirmación mediante Teléfono del trabajo
- Mensaje de texto a mi celular
- Confirmación mediante correo electrónico

Cualquiera de las anteriores

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD en representación de este Establecimiento de Atención Sanitaria vía:

Mensaje de teléfono

Mensaje de texto

Correo electrónico

Cualquiera de las anteriores

Ninguna de las anteriores (optar por no ser contactado)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su consentimiento y consentimiento.

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

Era un tratamiento urgente: _____

No pude comunicarme con el paciente: _____

El paciente se negó a firmar: _____

El paciente no podía firmar porque: _____

Otro (por favor, describa): _____

Firma del Oficial de Privacidad

HIPAA hecho FÁCIL

Todos los derechos reservados