

REGLA GENERAL HIPAA

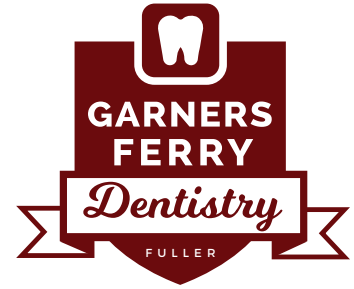
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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, firme 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:** (por favor circule)

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: (por favor circule)

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

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SEA COMUNICADA VIA: (por favor circule)

- Confirmación mediante Teléfono celular
- Confirmación mediante Teléfono del trabajo
- Confirmación mediante correo electrónico
- Confirmación mediante Teléfono de casa
- Mensaje de texto a mi celular
- 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 via: (por favor circule)

- 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 conocimiento y consentimiento.

OFFICE USE ONLY

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representative's) signature on this Acknowledgement, but did not because:

It was emergency treatment _____
The patient refused to sign _____
Other (please describe) _____

I could not communicate with the patient _____
The patient was unable to sign because _____