



Formulario de consentimiento del paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted se asegura de que, mediante su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Usted tiene el derecho de restringir la forma en que su información médica protegida se usa y divulga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información de atención médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle por teléfono, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

SÍ NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

SÍ NO

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia?

SÍ NO

En caso afirma afirmación, nombre a los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE IMPRESO POR FAVOR)

Firma: _____

Testigo: _____