

Fecha _____

La Transportabilidad paciente del Autorización/Seguro de enfermedad y la Responsabilidad Actúan (HIPPA)

1. Imprima por favor los números telefónicos donde usted quiere recibir las llamadas o la información sobre sus citas, sobre los laboratorios, o sobre otros asuntos de asistencia médica que vendrían directamente de nuestros médicos o proveerían.

El Teléfono en casa _____ Teléfono celular _____

Teléfono de Trabajo _____ Correo electrónico _____

2. ¿Puede mensajes confidenciales (por ejemplo appts, los laboratorios, las referencias, reportes médicos) es dejado en su contestador en casa, correo de voz de teléfono celular o correo electrónico? Sí No

3. Liste por favor los miembros de la familia o a otras personas quien podemos informar acerca de su condición médica general y/o diagnosticamos.

Nombre(s)/ Parentesco(s) _____

La información en esta autorización es aplicable durante 1 años de la fecha esta forma es firmada y es aceptada por el paciente. Después del 1 período de año, esta información será automáticamente efectiva para consecutivos 1 períodos de año A MENOS QUE paciente nos informe para cambiar la información antes mencionado.

El Nombre Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

El Reconocimiento paciente de Intimidad de Información de asistencia sanitaria

Yo comprendo que bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información protegida de la salud. Comprendo que esta información puede y será utilizada a: El conducto, planea y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de la asistencia sanitaria que pueden participar en ese tratamiento directamente e indirectamente; Obtenga pago de pagadores de terceros; Realice operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He sido informado por usted de su Nota de las Prácticas de Intimidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. He sido dado el derecho de revisar tal Nota de Prácticas de Intimidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Nota de Prácticas de Intimidad de vez en cuando y que puedo causar que esta organización en tiempo en la dirección de registro obtenga una copia actual de la Nota de Prácticas de Intimidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, el pago, u operaciones de asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitados, pero si concuerda entonces que tiene que respetar tales restricciones.

Comprendo que puedo revocar este reconocimiento por escrito en tiempo, pero hasta el punto que usted ha tomado medidas dependiendo de este reconocimiento.

Nombre paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Representante autorizado _____