

Formulario HIPAA de conocimiento y consentimiento del paciente.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Desglose de información con amigos y/o miembros de la Familia

DESEA ASIGNAR A UN MIEMBRO FAMILIAR U OTRO INDIVIDUO CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA HABLAR SOBRE SU CONDICION MEDICA? SI ES SI, QUIEN?

Yo autorizo para que se desglose mi información de Salud protegida, con el fin de comunicar resultados , hallazgos y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre	Relación	Número de Contacto
1.		
2.		
3.		

El paciente puede revocar/modificar esta autorización específica y esa revocación/modificación debe de hacerse por escrito.

Formulario HIPAA de conocimiento y consentimiento del paciente.

____ (Iniciales del Paciente) Aviso de prácticas de Privacidad. Reconozco que he recibido la copia del aviso de prácticas de privacidad , el cual describe las formas en como esta práctica puede ser usada para revelar información médica sobre mi tratamiento, pagos, operaciones médicas, otros usos, y divulgaciones descritos permitidos . Entiendo que puedo contactar el oficial autorizado en dicha notificación si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser revelada electrónicamente por el proveedor y/ o proveedores comerciales asociados. En la medida permitida por la ley, Yo autorizo el uso y desglosamiento de mi information para los propósitos descritos en la aviso de prácticas privadas de seguridad.

____ (Iniciales del Paciente) Desglose de información. Por la presente yo autorizo este permiso de práctica a los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención ambulatoria para que puedan revelar información con el propósito de tratamientos, pagos u otras operaciones médicas.

- La información de atención Médica se puede revelar a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el propósito de verificar cobertura Médica, preguntas sobre el pago, o cualquier otra situación relacionada con el pago de beneficios. La información de atención Médica también puede ser revelada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados estan relacionados con un reclamo de compensación del trabajador.
- Si tengo cobertura Médica por el estado ya sea Medicare o Medicaid, Yo autorizo el desglose de información Médica a la Administración de Seguro Social, sus intermediarios o proveedores para el pago de algún reclamo de Medicare o la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir sin limitación, historial, examen físico, reporte de laboratorio, notas del progreso medico, notas de enfermería, consultas, informes Psicológicos y/o reportes Psiquiatricos.
- Las leyes Federales y Estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención Médica , aseguradoras , y/u otros participantes en la industria de atención Médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir mi información Médica entre si para lograr objetivos que pueden incluir pero no limitar a: Mejorar la precision y aumentar la disponibilidad de mi registro de salud; disminuir el tiempo necesario de acceso a mi información; agregar y comparar mi información con fines de la mejora de mi calidad ; y cualquier otro fin que permita la ley. Entiendo que esta facilidad puede ser miembro de una o mas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, Información genética, condiciones de dependencia Química y /u otras enfermedades infecciosas incluidas, entre otras enfermedades transmitidas por la sangre como el VIH Y SIDA.

Consentimiento para el cuidado:

Entiendo que al firmar este acuerdo, doy mi consentimiento para toda la atención Médica ambulatorial general, atención dental y otros servicios ambulatorios de rutina, incluyendo evaluación, terapias, servicios de enfermería y las pruebas de diagnóstico proporcionadas según instrucciones generales o específicas de mi Médico(s) u otros proveedores de la Salud. Entiendo que mi Médico(s) u otros proveedores de atención Médica pueden estar acompañados y/o asistidos por estudiantes, pasantes, y residentes durante mi atención médica. Doy mi consentimiento para la presencia y/or participación en mi tratamiento de estas personas mientras estén bajo la dirección o supervisión de mi Médico(s) u otros proveedores de atención Médica autorizados.

Consentimiento para el uso de correo electrónico electrónico o mensajes de texto para recordatorio de citas y otras Comunicaciones de atención Médica:

Los pacientes en nuestra clínica pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención Médica, y proporcionar recordatorios e información de la salud en general.

Si en algún momento yo proporciono una dirección electrónica o de texto en el cual me pueden contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras Comunicaciones referentes a mi salud al correo electrónico o de texto proporcionados.

_____ (Iniciales de paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto a mi teléfono y cualquier número reenviado o transferido a ese número, así también a mi correo electrónico para recibir Comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas/comentarios/Información de Salud en el futuro a menos que yo solicite un cambio por escrito (Consulte la sección de revocación a continuación).

El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto para recordatorios de citas, comentarios, información general de salud es _____.

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas, comentarios, información general de salud es _____.

La práctica de este uso no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto extender según lo dispuesto en su plan inalámbrico, (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de servicios y detalles).

Revocación

Por la presente revoco mi solicitud de futuras Comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto.

_____ **Por la presente revoco mi solicitud de recibir futuros recordatorios de citas, comentarios y de salud en general a través de mensajes de texto.**

_____ **Por la presente revoco mi solicitud de recibir futuros recordatorios de citas, comentarios y de salud en general a través de correo electrónico.**

Nota: Esta revocación solamente aplica a la comunicación de esta práctica.

Nombre del Paciente: _____

Paciente/Nombre del representante del paciente _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Recoger pedidos con receta Médica.

Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar recoja una orden de prescripción médica, autorizada por su consultorio Médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitamos tener un registro de su nombre. Antes de revelar cualquier transcrito, la persona designada deberá presentar una identificación válida con fotografía y firmar la prescripción..

_____ (Iniciales del paciente) Deseo asignar al siguiente familiar/amigo(a) para que recoja y ordene en mi nombre:

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

_____ (Iniciales del paciente) No autorizo a nadie que recoja ni ordene mi orden de prescripción Médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (Impreso): _____ Fecha de Nacimiento: _____