

**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 REQUIERA 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 (opcional): _____

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 padrastrs, 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** VIA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi Teléfono Celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** SEA COMUNICADA VIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | |

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Confirmación por Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al Teléfono del Trabajo | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi Teléfono Celular | <i>(optar por no ser contactado)</i> |

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.

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Era un tratamiento urgente
<input type="checkbox"/> No pude comunicarme con el paciente
<input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar
<input type="checkbox"/> El paciente no podía firmar porque (por favor, describa): _____
<input type="checkbox"/> Otro (por favor, describa): _____ | Firma del Oficial de Privacidad:
_____ |
|--|---|