



HIPAA OMNIBUS RULE

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:

- 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, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN VIA:

- 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:

- 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

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:

- 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 representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment, I could not communicate with the patient, The patient refused to sign, The patient was unable to sign because, Other (please describe)

Signature of Privacy Officer