

REGLA GENERAL HIPAA

**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: _____

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 padrastrós, 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:

- | | |
|---|---|
| <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** SEA COMUNICADA VIA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Confirmación mediante Teléfono celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación mediante Teléfono de casa | <input type="checkbox"/> Confirmación mediante correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación mediante Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mensaje de teléfono | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de texto | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores (optar por no ser contactado) |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico | |

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:

Era un tratamiento urgente: _____
No pude comunicarme con el paciente: _____
El paciente se negó a firmar: _____
El paciente no podía firmar porque: _____
Otro (por favor, describa): _____

Firma del Oficial de Privacidad