

# 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 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, **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 padrastros, 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 de Casa \_\_\_

Confirmación al Teléfono del Trabajo \_\_\_ Mensaje de texto a mi Teléfono Celular \_\_\_

Confirmación por Correo Electrónico \_\_\_ Cualquiera de las anteriores \_\_\_

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

Confirmación mediante Teléfono celular \_\_\_ Confirmación mediante Teléfono de casa \_\_\_

Confirmación mediante Teléfono del trabajo \_\_\_ Mensaje de texto a mi celular \_\_\_

Confirmación mediante correo electrónico \_\_\_ 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.

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, HIPAA hecho FÁCIL, Todos los derechos reservados