



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO / CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su práctica. También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y obtener una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA.

Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento. Cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoco este consentimiento, no se verá afectado.

LISTA DE PERSONAS AUTORIZADAS:

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Al ingresar mi nombre completo y firma, a continuación, doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de Rois Medical Group para que divulguen mi información y registros personales a las personas que se encuentran en la lista.

Nombre del Paciente _____ Firma _____

Fecha: _____

