

REGLA HIPPA OMNIBUS

AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBIR AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN
Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarnos, no se nos permitirá procesar sus reclamaciones de Seguro.

Fecha: _____

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente para este centro de salud. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original. MI FIRMA TAMBIEN SERVIRÁ COMO UNA LIBERACIÓN DE DOCUMENTO PHI DEBERÍA SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRÁFICOS SE ENVIARÁ A OTRO MÉDICO / FACILIDAD DE ASISTENCIA EN EL FUTURO.

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

POR FAVOR, FIRME AL PACIENTE/ GUARDIAN DEL PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL / GUARDIAN

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDIAN

SUS COMENTARIOS SOBRE AGRADECIMIENTOS O CONSENTIMIENTOS

¿CÓMO DESEA SER DIRIGIDO CUANDO SE RECOMIENDA LA RECEPCIÓN

PRIMER NOMBRE SOLAMENTE APELLIDO CORRECTO OTRO: _____

POR FAVOR, LISTE A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS NOMBRAMIENTOS, TRATAMIENTO Y INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN VIA:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de la casa | <input type="checkbox"/> Confirmación de correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores |

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SEA INFORMADA VÍA:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de la casa | <input type="checkbox"/> Confirmación de correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores |

APROBÉ SER CONTACTADO SOBRE SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS O NUEVA INFORMACIÓN DE SALUD EN NOMBRE DE ESTA INSTALACIÓN DE SALUD VIA:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de la casa | <input type="checkbox"/> Confirmación de correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Confirmación del teléfono de trabajo | <input type="checkbox"/> Cualquiera de los anteriores |

EN FIRMAR ESTE FORMULARIO DE AGRADECIMIENTO DE PACIENTES HIPPA, USTED RECONOCE Y AUTORIZA QUE ESTA OFICINA PUEDA RECOMENDAR PRODUCTOS O SERVICIOS PARA PROMOVER SU MEJOR SALUD. ESTA OFICINA PUEDE O NO RECIBIR REMUNERACIONES DE TERCERAS PARTES DE ESTAS EMPRESAS AFILIADAS. NOSOTROS, BAJO LA ACTUAL REGLA HIPPA OMNIBUS, LE OFRECEMOS ESTA INFORMACIÓN CON SUS CONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTO.

SÓLO USO DE OFICINA:

COMO OFICIAL DE PRIVACIDAD, HE INTENTADO OBTENER LA FIRMA DEL PACIENTE (O LOS REPRESENTANTES) EN ESTE RECONOCIMIENTO, PERO NO HICE PORQUE:

1. ERA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA 2. NO PUDE COMUNICARME CON EL PACIENTE 3. EL PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR