



CONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD AL PACIENTE

Entiendo que yo tengo ciertos derechos de privacidad al respecto de mi información médica. Estos derechos han sido otorgados a mi por la ley del Seguro de salud de portabilidad y responsabilidad del Acto 1996 (HIPAA). Yo entiendo que al firmar este consentimiento yo autorizo a usar y dar a conocer mi información de salud para llevar a cabo:

- Tratamientos (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otro personal médico de salud)
- Obtener el pago de un tercer proveedor (ejemplo: Mi seguro de salud)
- Las operaciones de día a día del consultorio

Al igual he sido informado y se me ha dado el derecho de revisar y obtener una copia de la Notificación de privacidad al paciente que contiene una descripción de los usos y conocimiento de mi información de salud, y mis derechos de HIPAA. Yo entiendo que usted reserva el derecho a cambiar los términos de esta notificación de vez en cuando y se que puedo contactarlo a usted para recibir una copia mas reciente de esta nota.

Yo entiendo que yo tengo el derecho a decidir como mi información médica es usada o dada a conocer para el rendimiento de mi tratamiento, pago y mis opciones al respecto de mi seguro medico. Pero usted no esta obligado a aceptar las restricciones que nosotros requerimos. De cualquier forma, si usted esta de acuerdo, usted esta obligado a seguir nuestras restricciones.

Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito a cualquier hora. Sin embargo, cualquier uso o entrega de información que ocurrió antes de la fecha en que yo revoco este consentimiento no es afectado.

Firme aquí el _____ de _____, del 20_____.

Imprimir su nombre: _____

Relación al paciente: _____

Firma: _____

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

– Forma firmada recibida por: _____

– Conocimiento rechazado: _____

Esfuerzo par obtener: _____

Razón de rechazo: _____