

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE LA LEY DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Imprimir el nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Cuenta #

La Ley de Portabilidad y Protección de Seguros Médicos (HIPAA) requiere que todos los proveedores médicos, compañías de seguros y otras entidades implementen controles para garantizar la seguridad de la información médica personal.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos información médica protegida sobre usted, su tratamiento, pago y operaciones/procedimientos de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento POR ESCRITO; excepto en los casos en que ya hayamos realizado divulgaciones basadas en su consentimiento previo firmado o según lo exija la ley. Si decide rechazar, **PROPORCIONE UNRECHAZO POR ESCRITO** para que podamos tener una copia.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted como paciente. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Las copias están disponibles a pedido en la recepción.

Parte responsable (en letra de imprenta)

Firma del Responsable

Fecha

Autorización para divulgar información

Autorizo la divulgación de registros médicos a/de otro médico cesionario; ¿Quién está consultando sobre mi atención a *Shenandoah Head and Neck Specialist, PLLC* y *SHNS Hearing Services, LLC* para ayudar en la continuidad de mi atención?

Autorizo a esta oficina a hablar con las personas que se enumeran a continuación con respecto a los horarios de mis citas, la reprogramación de mi cita, las consultas sobre el seguro/facturación, los resultados de las pruebas y las condiciones/atención médica. Si hay una persona adicional a la que le gustaría agregar la divulgación de información; Proporcione su CONSENTIMIENTO VERBAL a nuestros asociados para mantenerlo en archivo hasta que se actualice el formulario de privacidad de HIPAA.

1. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono de arriba: (_____) _____ - _____

2 Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono de arriba: (_____) _____ - _____

Por la presente, autorizo a mi contacto de emergencia enumerado a ser incluido en lo anterior: Inicial: _____

Por favor llame al: (_____) _____ - _____ Hogar Celda Trabajo

Si no puedes localizarme (POR FAVOR, MARQUE LA OPCIÓN PREFERIDA)

() Es aceptable dejar un mensaje detallado, esto puede incluir resultados de pruebas, información de citas/seguros, inquietudes médicas y/o información sobre el plan de atención

() Por favor, deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto cuando la divulgación ya se haya realizado mediante su consentimiento previo firmado. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar de la copia original proporcionada.

Parte responsable (en letra de imprenta)

Firma del Responsable

Fecha