

LEY DE PRIVACIDAD DE HIPAA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

La Ley de Portabilidad y Protección del Seguro Médico (HIPAA) requiere que todos los proveedores médicos, compañías de seguros y todas las demás entidades implementen controles para garantizar que su información médica personal esté segura y protegida.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted, su tratamiento, pago y operaciones / procedimientos de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento POR ESCRITO; Excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en base a su consentimiento previo firmado o según lo requiera la ley. Si decide rechazarlo, PROPORCIONE UNA DECLINACIÓN POR ESCRITO para que podamos tener una copia.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica 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.

_____ / ____ / ____ / **20**____
 Parte responsable (letra de imprenta) Firma de la parte responsable Fecha

Autorización para divulgar información

Autorizo la divulgación de registros médicos a / de otro médico dicho cesionario; Quien está consultando en mi cuidado a Joseph L. Mikus, MD y Cara Housden, PA-C y Shenandoah Head and Neck Specialist, PLLC para ayudar en la continuidad de mi cuidado.

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 mis citas, las consultas sobre seguros / facturación, los resultados de las pruebas y las afecciones / cuidados médicos. Si hay una persona adicional a la que le gustaría agregar la divulgación de información; Proporcione su CONSENTIMIENTO VERBAL con nuestros asociados para que lo guarden en el archivo hasta que el formulario de privacidad de la HIPAA esté actualizado.

Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____
 Número de teléfono de los anteriores: (____) _____ - _____

Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____
 Número de teléfono de los anteriores: (____) _____ - _____

Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____
 Número de teléfono de los anteriores: (____) _____ - _____

Por la presente autorizo que mi contacto de **emergencia** enumerado se incluya en lo anterior: Inicial: ____

Autorizo al personal de esta oficina a dejar mensajes en mi buzón de voz con respecto a citas, información del seguro y dejar mensajes para llamar a la oficina y discutir problemas médicos o inquietudes con mi cuidado.

Autorizo al personal clínico de esta oficina a dejar mensajes detallados en mi buzón de voz preferido. Esto puede incluir: Resultados de pruebas, inquietudes médicas, plan de atención y más información que sea pertinente para mi atención. Marque las casillas a continuación y ponga sus iniciales a continuación si permitirá que el personal médico deje mensajes detallados en mi buzón de voz preferido en: (____) _____ - _____

SÍ / Inicial: _____ NO / Inicial: _____

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 use una copia de esta autorización en lugar de la copia original proporcionada.

_____ / ____ / ____ / **20**____
 Parte responsable (letra de imprenta) Firma de la parte responsable Fecha