

REGLA GENERAL HIPAA

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y  
CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, podríamos no tener permitido procesar sus reclamos de seguros.

Fecha: \_\_\_\_\_

El infrascrito acusa recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente efectivo para este establecimiento de atención sanitaria. Una copia de este documento firmado y fechado, será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO DOCUMENTO DE ISP SI YO REQUIRIERA QUE LOS TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS SEAN ENVIADOS A OTRO MÉDICO O ESTABLECIMIENTOS A CARGO EN EL FUTURO.**

\_\_\_\_\_

Por favor, **escriba** su nombre aquí

\_\_\_\_\_

Por favor, **firmé** con su nombre aquí

\_\_\_\_\_

Representante Legal

\_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o

Consentimientos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CÓMO QUIERE QUE SE DIRIJAN A USTED CUANDO SEA CONVOCADO POR EL ÁREA DE RECEPCIÓN:**

Sólo primer nombre

Apellido propio

Otro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INSCRIBA A CUALQUIER OTRA PARTE QUE TENGA ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD:**

(Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

---

AUTORIZO EL CONTACTO DESDE ESTA OFICINA **PARA CONFIRMAR MI INFORMACIÓN SOBRE CITAS, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** VIA:

Confirmación al Teléfono Celular

Confirmación al Teléfono de Casa

Confirmación al Teléfono del Trabajo

Mensaje de texto a mi Teléfono Celular

Confirmación por Correo Electrónico

**Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA COMUNICADA VIA:

Confirmación mediante Teléfono celular

Confirmación mediante Teléfono de casa

Confirmación mediante Teléfono del trabajo

Mensaje de texto a mi celular

Confirmación mediante correo electrónico

**Cualquiera de las anteriores**

YO APRUEBO QUE SE ME CONTACTE POR **SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o INFORMACIÓN NUEVA SOBRE SALUD** en representación de este Establecimiento de Atención Sanitaria via:

Mensaje de teléfono

Mensaje de texto

Correo electrónico

**Cualquiera de las anteriores**

**Ninguna de las anteriores (optar por no ser contactado)**

Al firmar este Formulario de Reconocimiento por parte del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza, que esta oficina pueda recomendar productos o servicios para promocionar su mejorada salud. Esta oficina podrá o no recibir remuneración por parte de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la Regla General HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

---

Sólo para uso de oficina

Como Oficial de Privacidad, he intentado obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo logré porque:

Era un tratamiento urgente: \_\_\_\_\_

No pude comunicarme con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente se negó a firmar: \_\_\_\_\_

El paciente no podía firmar porque: \_\_\_\_\_

Otro (por favor, describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Privacidad

HIPAA hecho FÁCIL

Todos los derechos reservados