



### 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 REQUIERA 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, **firmo** con su nombre aquí \_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad \_\_\_\_\_

Sus comentarios respecto de los Reconocimientos o Consentimientos (opcional): \_\_\_\_\_

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** VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular       Mensaje de texto a mi Teléfono Celular  
 Confirmación al Teléfono de Casa       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo       **Cualquiera de las anteriores**

AUTORIZO QUE LA **INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTOS Y FACTURACIÓN** SEA COMUNICADA VIA:

- Confirmación al Teléfono Celular       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono de Casa       **Cualquiera de las anteriores**  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo

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:

- Confirmación al Teléfono Celular       Confirmación por Correo Electrónico  
 Confirmación al Teléfono de Casa       **Cualquiera de las anteriores**  
 Confirmación al Teléfono del Trabajo       **Ninguna de las anteriores**  
 Mensaje de texto a mi Teléfono Celular      (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 (por favor, describa): \_\_\_\_\_  
 Otro (por favor, describa): \_\_\_\_\_

Firma del Oficial de Privacidad:  
\_\_\_\_\_