



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

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

- Confirmación al Teléfono Celular Confirmación al Teléfono del Trabajo Confirmación por Correo Electrónico
 Confirmación al Teléfono de Casa Mensaje de texto a mi Teléfono Celular **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 Correo electrónico **Ninguna de las anteriores (optar por no ser contactado)**
 Mensaje de texto **Cualquiera de las anteriores**

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.

Office Use Only

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment _____
I could not communicate with the patient _____
The patient refused to sign _____
The patient was unable to sign because _____
Other (please describe) _____

Signature of Privacy Officer