

Cumplimiento de HIPAA y Formulario de Consentimiento del Paciente



Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar la información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted asegura mediante su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene el derecho de restringir cómo se utiliza y divulga su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos dicho acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida y el posible uso anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no está obligada a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán a partir de entonces.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.
- Se me ha entregado una copia del Aviso de Estándares para Proveedores de Medicare de Cope Prosthetic Inc.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar sus citas?

SÍ NO

- Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no se consideran una forma de comunicación completamente segura y autorizo a Cope Prosthetics, Inc. a enviar correos electrónicos y/o mensajes de texto que puedan contener mi información de salud protegida a los siguientes dispositivos celulares y/o cuentas de correo electrónico.

¿Entiendo que puedo cambiar o rescindir esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Cope Prosthetics, Inc. ?

Teléfono celular: _____ **Correo electrónico:** _____

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático de casa o en su teléfono celular?

SÍ NO

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?

SÍ ____ NO

En caso AFIRMATIVO, nombre a los miembros autorizados: _____

Firma _____ **Fecha** _____