

HIPAA Y Formulario de Divulgación de Información

Nombre del Paciente _____ Fecha del Nacimiento _____

Reconozco que me ofrecieron y/o recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Teresa Seim, O.D., Mattawan Family Eye Care

El propósito de esta sección es brindar a nuestros pacientes la oportunidad de permitir la divulgación verbal de información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de las siguientes maneras. Esto no autoriza la divulgación de copias de registros médicos.

1. Permiso para discutir verbalmente la PHI con familiares/cuidadores

Por la presente autorizo a los proveedores médicos y al personal de Mattawan Family Eye Care a discutir mi información de salud con las siguientes personas.

Nombre: _____

Teléfono Principal: _____ Relación: _____

Por favor indique la información que se permite discutir con la persona mencionada anteriormente:

Facturación/Seguro

Información Médica

Nombre: _____

Teléfono Principal: _____ Relación: _____

Por favor indique la información que se permite discutir con la persona mencionada anteriormente:

Facturación/Seguro

Información Médica

O) Lo rechazo. Por favor, no hable sobre mi atención con nadie más que lo permitido por las regulaciones de HIPAA.

2. Permiso para dejar mensajes

Por favor marque SÍ o No para las siguientes afirmaciones. Al indicar Sí, Mattawan Family Eye Care dejará un mensaje de voz o un contestador automático en su casa, trabajo o contacto de emergencia archivado que puede incluir su información de salud protegida y que puede ser escuchado por otras personas que no participan en su atención.

Lugar

Devolución de llamada/mensaje

Mensaje detallado

Hogar Si No

Si No

Trabajar Si No

Si No

Contacto de emergencia Si No

Si No

Firma del paciente o representante personal

Nombre impreso del paciente o representante personal

Fecha y Hora

Relación con el paciente

Esta información permanecerá vigente hasta que sea revocada o modificada. Este formulario no es válido a menos que esté firmado y fechado.