

Forma de consentimiento a HIPAA

Yo entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, Rocky Run Family Medicine se mantiene archivos de salud describiendo historial de salud, síntomas, examinación y resultados de examen, diagnósticos tratamiento y cualquier plan y cuidado y tratamiento en el futuro. También entiendo que esta información sirve como:

- Un basis en planificación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los proveedores que aportan a mi cuidado
- Fuente de información en aplicando mi información de cirugía y diagnósticos
- Un medio en la cual un pagador de partida tercera puedo verificar los servicios cobrados realmente fueron proveídos
- Una herramienta para operaciones de cuidado de salud rutinas, como teniendo acceso a calidad y revisando competencia

Yo entiendo que tengo acceso a un aviso de prácticas de privacidad de HIPPA que dispone una descripción más completa de usos de información y revelaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que la práctica tiene derecho a cambiar el aviso y prácticas. También entiendo que tengo el derecho en restringir como mi información de salud personal sea usada o revelada para implementar tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, y que la práctica es obligada a estar de acuerdo con las restricciones pedidas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. Cualquier paciente, guardián, o representante personal tiene el derecho a pedir que reciben comunicación confidencial de mi información de salud personal. Dichas solicitudes deben estar en escritura y la práctica debe acomodar solicitudes razonables.

Con mi consentimiento, Rocky Run Family Medicine puede mandar correo a mi hogar o otra ubicación designada cualquier recordatorio de cita u otras correspondencias marcadas personales y confidenciales que asistan la practica en llevar a cabo tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Firmando esta forma, estoy dando mi consentimiento a Rocky Run Family Medicine para usar y revelar mi información privada de salud para implementar tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud.

Yo puedo revocar mi consentimiento en escritura.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____