

Formulario de autorización de privacidad de HIPPA
Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Autorizo a MedNova Primary Care a usar y divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación:

1. Alcance de la información que se divulgará:
 - a. Autorizo la divulgación de mi expediente de salud COMPLETO (incluyendo registros relacionados con mi salud mental, así como el tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas: **Iniciales:** _____)
 - b. Autorizo la divulgación de mi expediente COMPLETO con la EXCEPCION de la siguiente información: (por favor inicie al lado de los expedientes que excluye)
 1. _____ Expediente salud mental
 2. _____ Tratamiento de abuso de Alcohol/Drogas
 3. _____ Otro: (favor de especificar): _____
2. Esta información médica puede ser utilizada por la entidad que autorizo a recibir esta información para tratamiento médico, consulta, facturación/ reclamos, pagos u otros fines que yo pueda indicar.
3. Esta autorización estará vigente y en vigor hasta:
 - a. _____ (fecha)
 - b. Doce meses a partir de la fecha en que se firma este formulario. **Iniciales:** _____
4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Además, entiendo que para revocar debo presentarlo por escrito. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona/entidad ya haya actuado en dependencia de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho de impugnar un reclamo.
5. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción y/o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.
6. Entiendo que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede ser estar protegida por la leyes federales o estatales.
7. Autorizo la divulgación de información, que incluya diagnósticos, registros, exámenes que se me hicieron y datos de reclamos, a las siguientes personas:
 - a. Esposo(a): Nombre: _____
 - b. Hijos(as): Nombres: _____
 - c. Otro (favor de indicar su relación) _____
8. Los mensajes sobre mi atención medica:
 - a. ¿Podemos llamarle por teléfono, correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? ___ Sí ___ No
 - b. ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático de la casa o en su teléfono celular? ___ Sí ___ No
 - c. NO pueden dejarse en ningún sistema de mensajería.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha



Consentimiento del Paciente Para el Uso Y Divulgación de Información de Salud Protegida

Por la presente doy mi consentimiento a Mednova Primary Care para utilizar y divulgar información médica protegida sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). El aviso de prácticas de privacidad proporcionado por MedNova Primary Care describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. MedNova Primary Care se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad enviando una solicitud por escrito a MedNova Primary Care.

Con este consentimiento, MedNova Primary Care puede enviar por correo a mi hogar u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que MedNova Primary Care restrinja como usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por el acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir a MedNova Primary Care usar y divulgar mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, MedNova Primary Care puede negarse a brindarme tratamiento.

Definiciones

TPO: Tratamiento, Pago, Operación

PHI: Información protegida de salud

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha



Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

MedNova Primary Care

Clínica/Doctor

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- El Aviso de privacidad explica en detalle cómo MedNova Primary Care puede usar y compartir mi información de salud para otras operaciones que no sean tratamiento, pago y atención médica.
- MedNova Primary Care usará y compartirá mi información de salud según lo requiera / permita la ley.
- MedNova Primary Care utilizará mi información de salud para el propósito de mi tratamiento, el pago de mi tratamiento y las operaciones de atención médica de MedNova Primary Care.
- Debe revisar el "Aviso de práctica de privacidad" de MedNova Primary Care antes de firmar este Reconocimiento. Tiene derecho a solicitar una restricción de los usos y la divulgación de su información de salud protegida (PHI) con el propósito de su tratamiento, el pago de sus servicios y las operaciones de atención médica de MedNova Primary Care. No estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas, pero estamos obligados por cualquier restricción acordada.
- MedNova Primary Care se reserva el derecho de cambiar el Aviso y notificará a todos los pacientes de dichos cambios antes de la fecha de vigencia.

Declaracion

Declaro haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de MedNova Primary Care.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante legal del paciente