Solicitud De Comunicaciones Confidenciales

Nombre del paciente _____
Fecha de nacimiento _____

Al firmar este formulario, autorizo a Foot Care Centers a usar y divulgar mi información Médica protegida a las siguientes personas que se enumeran a continuación para:

Compartir mi información médica protegida con:
(por favor, ponga sus iniciales en la autorización correspondiente)

____ Conyuge
____ Padre/Madre
____ Tutor
____ Hijos
____ Otros (por favor, indique sus nombres en las líneas a continuación)

_____
_____
_____

Proporcione las direcciones,números de teléfono o cualquier otro modo de comunicación en el que autorice la comunicación.

_____
_____
_____

Divulgar mi Información médica protegida por las siguientes razones:

___ para dejar un recordatorio de cita con la persona que contesta o en mi contestador automático/buzón de voz en _____ casa o _____ en el trabajo.

___ para dejar un mensaje para llamar a la oficina con respecto a una devolución de llamada Telefonía, llamadas de medicamentos, suministros/ortesis listos o asuntos relacionados con mi cuenta.

Otro:_____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando al oficial
De Privacidad de HIPAA para la ubicación de la oficina correspondiente

Consentimiento para el uso y Divulgacion de Informacion

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de atención médica, Footcare Centers crea y mantiene registros médicos y otra información que describe, entre otros aspectos, mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro.

He recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe con más detalle los usos y divulgaciones de cierta información médica. Entiendo que tengo derecho a revisarlo antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Footcare Centers se reserva el derecho de modificar su aviso y sus prácticas, y que antes de su implementación, enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que la oficina no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida con fines de tratamiento, pago y atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en casos en que haya realizado la divulgación con mi consentimiento previo.

Este consentimiento se otorga libremente con el entendimiento de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como este original.
3. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Este consentimiento es válido hasta que sea revocado por escrito.
4. Tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi información médica protegida, utilizando o divulgada para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Footcare Centers no está sujeto a esta restricción a menos que esté de acuerdo con ella.

_____ _____

Nombre del paciente impreso Fecha

_____ _____

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de edad) Fecha

Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que el consultorio se haya basado En esta autorización en sus acciones. Además, una revocación no es efectiva si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, ya que otras leyes otorgan a la aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo la ley o la propia póliza.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Footcare Centers no condiciona mi tratamiento, pago e inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para los beneficios a si proporciono autorización para el uso o la divulgación, o puedo negarme a firmar esta autorización.

Footcare Centers se reserva el derecho a recibir una compensación según las circunstancias de la divulgación.

_____ Fecha _____

(Firma del paciente o tutor legal)

_____

(Nombre impreso del paciente o tutor legal)