

Autorización de HIPAA

Autorizo a la práctica y sus agentes a divulgar mi información de salud protegida entre la práctica, sus agentes y/o yo mismo con el propósito de mi atención y tratamiento. Además, autorizo a la práctica a divulgar mi información de salud protegida, incluidas las copias de los registros médicos y del hospital correspondientes y la información de salud protegida obtenida antes de la fecha de esta autorización a:

- Cualquier tercero pagador que cubra los servicios médicos del paciente;
- Otros profesionales de la salud e instituciones involucrados en la prestación de atención médica al paciente;
- El defensor de cualquier citación legalmente suficiente, o en respuesta a una orden judicial;
- Empleados y agentes de la práctica, en la medida necesaria para facilitar la prestación de servicios de atención médica y el pago de dichos servicios;
- Según lo exija la ley.

Además, doy mi consentimiento para que se tomen fotografías mías o de partes de mi cuerpo para usarlas en registros médicos. En cada caso, la práctica tomará las medidas razonables para garantizar que solo se divulgue la información mínima necesaria de acuerdo con lo anterior. También autorizo por medio de la presente la divulgación de información de salud personal a las personas que yo elija para que me acompañen en el consultorio mientras me examinan.

La práctica puede comunicarse conmigo para recordarme mi cita o cobrar el dinero que debo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico a cualquier número o correo electrónico que yo proporcione o que esté asociado con mi cuenta, incluidos, entre otros, números de teléfono celular/inalámbrico. lo que puede resultar en que incurra en cargos por la llamada o el mensaje de texto. Entiendo, reconozco y acepto que dicha comunicación puede provenir de dispositivos de marcación automática y mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial o mensajes de correo de voz. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones por escrito en cualquier momento.

Al otorgar esta autorización, entiendo que:

1. El término "información de salud protegida" es información identificable de manera individual sobre el paciente que incluye la atención médica pasada, presente o futura del individuo y es transmitida y/o almacenada por una entidad cubierta o un socio comercial.
2. Se me ha dado acceso al Aviso de Privacidad de la Práctica.
3. He tenido la oportunidad de imponer restricciones especiales al consentimiento otorgado por la presente.
4. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a 900 Village Square Crossing Ste 290, Palm Beach Gardens, FL., 33410
5. Puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada con base en esta autorización.
6. La firma de esta autorización es voluntaria. Acepto que se puede negar el tratamiento si no autorizo esta divulgación de información de salud protegida.
7. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

También autorizo por medio de la presente la divulgación de información de salud personal de las siguientes maneras y a las siguientes personas:

Escriba sus iniciales para poder dejar un mensaje de voz: _____

Enviar correo a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

A las siguientes personas:

1. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

2. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

3. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

☐ No quiero que mi información personal de salud se divulgue a terceros.

Restricciones especiales: _____

Esta autorización ejecutada se almacenará en su registro médico y estará disponible para usted con solicitud previa. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

La presente autorización no tiene fecha de vencimiento y permanecerá vigente hasta que se actualice o revoque por escrito.

Firma del paciente

Fecha