

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA RECEPCIÓN DE AVISO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN LIMITADA Y DIVULGACIÓN

Fecha: _____

Nombre Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido, Nombre) (Mes/día/año)

Quien suscribe, reconoce la recepción de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos del Paciente y la Familia actualmente vigentes de este centro de salud.

La norma de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) otorga a las personas, padres o tutores el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de su hijo. Consulte el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de PSV.

También se le otorga a la persona/el padre/tutor el derecho a solicitar que las comunicaciones **confidenciales** relacionadas con la PHI o con otro tipo de información sensible se realicen a través de medios alternativos, como por correspondencia al domicilio laboral en lugar de al domicilio particular.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) SI SOLICITO QUE ENVÍEN LOS REGISTROS MÉDICOS DE PSV A OTRO MÉDICO/INSTITUCIÓN EN EL FUTURO.

MENCIONE A TODAS LAS PERSONAS QUE PUEDEN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE. (Esto incluye padrastras, abuelos y cuidadores: SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA):

Autorizo a la persona cuyo nombre consta a continuación para que reciba información confidencial acerca de la atención médica del paciente antes mencionado.

Nombre en Letra de Imprenta: _____ Vínculo con el Paciente: _____

Teléfono de Contacto/Correo electrónico: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____ Vínculo con el Paciente: _____

Teléfono de Contacto/Correo electrónico: _____

MI FORMA DE CONTACTO DE PREFERENCIA POR ASUNTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE MI HIJO PARA ESTE CONSULTORIO ES:

Teléfono Celular Teléfono Particular Teléfono Laboral Cualquiera de los métodos mencionados

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN SEA TRANSMITIDA POR EL SIGUIENTE MEDIO:

Teléfono Celular Teléfono Particular Teléfono Laboral Correo electrónico

Cualquiera de los métodos mencionados

Fecha: _____

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Nombre en Letra de Imprenta del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Por lo general, la Norma de Privacidad exige que los profesionales médicos adopten medidas razonables para limitar el uso o divulgación y la solicitud de la PHI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican al uso o la divulgación realizados conforme a una autorización solicitada por la persona, el padre, tutor o representante personal.

Nota: En una emergencia, puede permitirse el uso y la divulgación de la PHI para el tratamiento, la realización de pagos o la prestación de servicios médicos sin consentimiento previo.

Identificación del Paciente

Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____

Para Uso exclusivo del Consultorio

Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este

Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que:

___ Fue un tratamiento de urgencia

___ No me pude comunicar con el paciente

___ El paciente se negó a firmar

___ El paciente no pudo firmar porque

___ Otro (indique la razón)

Firma: _____