



HIPAA/COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE DISPOSICIÓN DEMOGRÁFICA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de "Derechos del paciente" que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. **Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operación de atención médica. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Seguimos todas las pautas de HIPAA y HITECH con respecto a la protección de la información del paciente.**

Enumere los nombres, números de teléfono y relación (s) a continuación de cualquier persona **autorizada** para recibir información sobre su atención financiera y médica además del paciente. Si el paciente es menor de edad, entonces los padres pueden recibir la información sobre el paciente.

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO

- SOLICITÉ UNA COPIA DE LA POLÍTICA DE HIPAA.**
- RECHACÉ UNA COPIA DE LA POLÍTICA DE HIPAA.**

Reconocimiento y acuerdo de la política de comunicación electrónica

Reconozco al firmar a continuación que entiendo que la comunicación electrónica (en línea) tiene riesgos, incluidos los posibles riesgos no mencionados en la Política de comunicación electrónica. Acepto cumplir con las políticas descritas en la Política de Comunicación Electrónica. Estoy de acuerdo en usar un juicio razonable con respecto a cualquier mensaje que envíe o reciba. La información enviada o recibida incluye, entre otros, resultados de laboratorio y biopsias, recetas, preguntas generales y médicas, horarios de citas y procedimientos, copagos de seguros, coseguros, deducibles y responsabilidad del paciente. No tengo ninguna pregunta sin respuesta sobre lo que cubre este acuerdo.

- RECIBÍ UNA COPIA DE LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA.**
- RECHACÉ UNA COPIA DE LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA.**

Marque la casilla y enumere la información correcta para el método preferido Fuente primaria de contacto:

- Teléfono residencial: _____
- Teléfono celular: _____
- Teléfono del trabajo: _____
- Charlar por mensaje: _____
- Correo electrónico: _____

Notificar a un representante de servicio al paciente para optar por no recibir comunicaciones electrónicas por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto.

La información que se enumera a continuación se utiliza para capturar datos para un objetivo central del gobierno. Los datos recopilados se utilizan para determinar la disposición demográfica para ciertos tipos de enfermedades. Usted tiene el derecho de negarse a responder a estas preguntas.

- | | | |
|---|--|--|
| Race: <input type="checkbox"/> Disminuido | Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Disminuido | Idioma: <input type="checkbox"/> Disminuido |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Inglés |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco/a | | |
| <input type="checkbox"/> Otra raza | | |

Imprimir nombre del paciente Imprimir nombre del padre/tutor/POA Impresión Relación con el paciente

Fecha de firma del consentimiento