

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Atención Médica (HIPAA)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac: _____

Uno mismo Representante

Nombre del representante y relación con el paciente: _____

Acknowledgement of receipt of Information Practices Notice (§164.520(a))

Entiendo que como parte de mi atención médica, East County Oral Surgery origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de East County Oral Surgery proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Lo entiendo:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de East County Oral Surgery antes de firmar este reconocimiento; que East County Oral Surgery se reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y antes de la implementación de esto, enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si se solicita.

HIPAA Regla de Privacidad del Acuerdo de Autorización del Paciente Autorización para la divulgación de información de salud protegida para Tratamiento, pago u operaciones de atención médica (§164.508(a))

Entiendo que como parte de mi atención médica, East County Oral Surgery, origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi atención médica.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se proporcionaron realmente.
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud. Entiendo que como parte de mi atención y tratamiento puede ser necesario proporcionar mi Información de Salud Protegida a otra entidad cubierta.

Regla de privacidad del acuerdo de consentimiento del paciente Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida para Tratamiento, pago u operaciones de atención médica (§164.506(a))

Lo entiendo:

- Tengo derecho a oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio.
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y que East County Oral Surgery, no está obligado por ley a aceptar las restricciones solicitadas.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que East County Oral Surgery, ya haya tomado medidas en base a ello.
- Por ley, no podemos presentar reclamos a los pagadores bajo asignación de beneficios sin su firma. Sin embargo, podrá restringir los divulgadores a su compañía de seguros por los servicios por los que desea pagar "de su bolsillo" bajo la nueva Regla Omnibus. No condicionaremos el tratamiento a que firme una autorización / reconocimiento, pero podemos vernos obligados a rechazarlo como nuevo paciente o interrumpirlo como paciente activo si decide no firmar. Acepto todos los procedimientos anteriores de la oficina de East County Oral Surgery y doy mi autorización a todos los procedimientos anteriores.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Firma del miembro de la oficina

Fecha