Formulario de consentimiento del paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted se da cuenta de que, con su firma, ha revisado nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad pueden cambiar. Si esto sucede, se le notificará y se le pedirá en su próxima visita que revise los cambios y complete un Formulario de Consentimiento de Cumplimiento de la HIPAA actualizado.

Usted tiene el derecho de restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información de atención médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda la divulgación completa cesará al recibir la revocación.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento en el momento de la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamar, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje Klara para confirmar citas? **YES** **NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su correo de voz? **YES** **NO**

¿Podemos discutir su(s) condición(es) médica(s) con un familiar o una persona autorizada? **YES** **NO**

En caso afirmativo, indique a continuación los nombres y relaciones de cualquier persona que podamos discutir su(s) condición(es) médica(s) con:

AVISO DE LA BASE DE DATOS DE OPEN PAYMENTS

e carácter netamente informativo, se brinda aquí un enlace a la página web federal de Pagos Abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esto se debe a que la ley federal ***"Physician Payments Sunshine Act"*** exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos que tengan un valor superior a diez dólares ($10) relacionados con fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios. La base de datos Open Payments se encuentra en el siguiente enlace: ***https://openpaymentsdata.cms.gov***

Por favor, escriba su nombre en letra: _____

Firma: _____ ***Fecha:*** _____

Testigo: _____ ***Fecha:*** _____