

Plessen Ophthalmology - Formulario de reconocimiento y consentimiento del paciente según la HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de cuenta: _____

Aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que he recibido o me han ofrecido el aviso de prácticas de privacidad del Centro. Escriba sus iniciales **SOLO** si el paciente o el representante del paciente rechazó el aviso de prácticas de privacidad. ____ (Iniciales del paciente)

Revelación de información: Por el presente autorizo a este consultorio a revelar informes sobre mi afección a proveedores de atención médica remitentes o subsiguientes, lo que los ayudará a ocuparse de mi atención médica continua y, según sea necesario, a procesar reclamaciones y a hacer operaciones generales de atención médica, lo que podría incluir el intercambio de información médica por medios electrónicos. También autorizo a este consultorio a obtener información de terceros sobre mis medicamentos actuales para poder ocuparse de mi atención y del pago de reclamaciones correspondiente.

Revelación a familiares o amigos: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) le permite a este consultorio comunicar información sobre su tratamiento o el pago de su tratamiento a familiares y amigos que usted haya elegido. En el espacio que sigue, indique con qué amigos o familiares puede comunicarse este consultorio respecto de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). ***Tenga en cuenta que si un familiar o amigo que NO está en la lista a continuación solicita su PHI, el consultorio pedirá su consentimiento ANTES de entregarle la PHI a esa persona O el consultorio usará su mejor criterio profesional para decidir si se debería compartir la PHI con el solicitante. Si se usa el mejor criterio profesional, el consultorio registrará el nombre del solicitante, su relación con el paciente, la información específica que se compartió con el solicitante y la fecha en que se reveló.***

Nombre y apellido	Relación con el paciente

Marque abajo si quiere que este consultorio NO se comunique con amigos o familiares, O BIEN complete la información de abajo para indicar con qué personas el consultorio NO DEBE COMUNICARSE.

_____ **NO QUIERO** que el consultorio se comunique con mis familiares o amigos por mi tratamiento o el pago.

Consentimiento para tomar fotografías o hacer grabaciones con fines de seguridad, operaciones de atención médica o educación:

_____ (Iniciales del paciente) ☐ **Doy mi consentimiento** O ☐ **No doy mi consentimiento** para que tomen fotografías, se hagan grabaciones de video, grabaciones digitales, grabaciones de audio digitales o analógicas, o se tomen imágenes más con fines de seguridad, operaciones de atención médica del consultorio (p. ej., actividades de mejora de la calidad) o educación médica continua (CME, por sus siglas en inglés). Entiendo que el centro conserva los derechos de propiedad sobre las imágenes o las grabaciones. Tendré permitido solicitar acceso a las imágenes o grabaciones —o a las copias de dichas imágenes o grabaciones— cuando sea tecnológicamente posible, a menos que lo prohíban las leyes. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura en virtud de la HIPAA. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifique no se revelarán ni usarán sin mi autorización específica por escrito o la de mi representante legal, a menos que se hagan con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que lo permitan o exijan las leyes.

Consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto y llamadas automáticas de recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica: Los pacientes de nuestro consultorio pueden recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o llamadas automáticas para recordarles una cita, para que hagan comentarios sobre su experiencia con nuestro personal de atención médica o para darles

Plessen Ophthalmology - Formulario de reconocimiento y consentimiento del paciente según la HIPAA

información o recordatorios generales de salud. *Pueden aplicarse tarifas de mensajería estándar. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de telefonía celular.*

Indique qué método prefiere para que le enviemos recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica. Se mantendrán las preferencias del paciente hasta que el paciente las modifique por escrito.

- _____ (Iniciales del paciente) **Mensaje de texto:** Autorizo al consultorio a enviarme mensajes de texto para recordarme las citas, pedirme que haga comentarios o enviarme recordatorios generales de salud a este teléfono celular: (____-____-____)
- _____ (Iniciales del paciente) **Correo electrónico:** Autorizo al consultorio a enviarme correos electrónicos para recordarme las citas, pedirme que haga comentarios o enviarme información general de salud a esta dirección de correo electrónico:
Dirección de correo electrónico: _____
- _____ (Iniciales del paciente) **Llamada automática:** Autorizo al consultorio a hacer llamadas automáticas este teléfono celular o fijo: Número de teléfono: (____-____-____) ¿Es un teléfono celular o un teléfono fijo? (Encerrar en un círculo una sola opción)

Entiendo que, una vez que se revele mi PHI a un tercero, dicho tercero podría revelar mi información a otras partes, y esas nuevas revelaciones de mi PHI por un tercero podrían dejar de estar protegidas por las leyes de privacidad federales o estatales.

Entiendo que la PHI puede incluir información relacionada con trastornos psiquiátricos o psicológicos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes o infección por VIH.

El paciente puede revocar o modificar cualquiera de estos consentimientos completando un nuevo formulario de reconocimiento y consentimiento según la HIPAA. Las revelaciones hechas antes de la fecha de revocación o modificación no se verán afectadas.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

N.º de cuenta