

FIRMA DE PRIVACIDAD

Estimado Paciente:

De acuerdo con las regulaciones federales de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act], por sus siglas en inglés), se debe garantizar a todos los pacientes que sus historias médicas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Para que Medical Arts Radiology Group, PC cumpla con esta normativa, le pedimos que dedique un momento para completar el siguiente cuestionario.

Debe firmar donde se solicite.

¿Con quiénes podemos analizar su historia clínica o los resultados de las pruebas?

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

(Marque una opción)

Teléfono fijo: S N Número: __ (____) _____

Teléfono celular: S N Número: __ (____) _____

Teléfono laboral: S N Número: __ (____) _____

Correo electrónico: S N Dirección de correo electrónico: _____

Comprendo que Medical Arts Radiology Group, PC cumplirá con la HIPAA y con las pautas que se han detallado anteriormente.

Se me ha notificado sobre las Prácticas de Privacidad de Medical Arts Radiology Group, PC en un lenguaje simple. La notificación informa de manera detallada sobre el uso y la divulgación de la información protegida sobre mi salud que pueda hacerse en este consultorio, así como sobre mis derechos individuales, la manera en que puedo ejercerlos y las obligaciones legales del consultorio respecto de dicha información.

Comprendo que Medical Arts Radiology Group, PC se reserva el derecho de modificar los términos de esta notificación sobre las Prácticas de Privacidad y de realizar cambios respecto de toda la información de salud protegida que se encuentra en este consultorio o está controlada por este. Si se realizan modificaciones, se me proporcionará una notificación revisada de las Prácticas de Privacidad una vez formulado el pedido. Además, comprendo que sin el consentimiento firmado por el paciente, la información médica no se divulgará a ninguna persona no autorizada.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
(Si corresponde)