

Privia Medical Group of North Texas

HIPAA Autorización para la divulgación de información de salud del paciente

En general, HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) da a los pacientes el derecho a solicitar a los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El paciente también se proporciona el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, o que una comunicación de PHI hacerse por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de la casa. Esta información se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- Casa o teléfono celular: _____
 - ¿Se puede dejar un mensaje con información detallada
 - Salir Nombre y doctor con el número de devolución de llamada única
- Teléfono del trabajo: _____
 - ¿Se puede dejar mensaje con información detallada
 - únicamente dejar nombre y doctor con el número de devolución de llamada única
- Cuando es incapaz de ponerse en contacto conmigo por teléfono, una comunicación escrita puede ser enviada a mi domicilio.
- Otro: _____

Consiento y autorizo la divulgación de resultados de la prueba normal a lo siguiente:

- Solamente Mí mismo
- Teléfono Contestador automático / Correo de Voz
- Mi esposa: _____
- Mis hijos: _____
- Mis padres: _____
- Otro: _____

Consiento y autorizo la divulgación de los resultados de pruebas anormales a lo siguiente:

- Solamente mí mismo
- Teléfono Contestador automático / Correo de Voz
- Mi esposa: _____
- Mis hijos: _____
- Mis padres: _____
- Otro: _____

Consiento y autorizo su oficina o una instalación en mi nombre, para llevar a cabo los servicios de verificación de beneficios.

- Sí
- No

Por la presente doy mi permiso médico para discutir los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi otro médico (s) y farmacéutico (s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi otro médico (s).

- Sí
- No

¿Tiene una directiva avanzada (Living Will)?

- Sí
- No

Consiento y autorizo su oficina o instalación para realizar llamadas y / o enviar mensajes de texto que contienen información importante acerca de mi cuenta, incluyendo la comercialización de la información y notificaciones vencidos a través de un sistema de marcado telefónico automatizado.

- Sí
- No

Firma del paciente (debe ser un adulto de 18 años o mayor)

Fecha

Nombre de paciente

Fecha de nacimiento