



Asbury and Associates
— Healthcare —

Relax. Your healthcare is in good hands



Asbury and Associates Healthcare
4020 E Russell Rd, Bldg 5, Las Vegas, Nv 89120
<https://www.aahlv.com>
P: 702-960-4812
F: 702-381-5383

Consentimiento HIPPA

Cuando le visitamos en su domicilio para una cita, es muy importante para nosotros que se sienta seguro a la hora de comunicar a su médico información personal que pueda ser necesaria para diagnosticar o tratar completamente un problema. Como profesionales médicos, tenga la seguridad de que nuestra práctica siempre ha tenido políticas y procedimientos estrictos para proteger la confidencialidad de la información que usted nos ha confiado. Sin embargo, el 14 de abril de 2013, entró en vigor una nueva regulación bajo una ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA). Las regulaciones de HIPPA cubren a los médicos y todos los demás proveedores de atención médica, así como las compañías de seguros de salud y su personal de procesamiento de reclamos. En general, la HIPPA se promulgó para establecer normas nacionales para:

1. Dar a los pacientes más control sobre su información sanitaria.
2. Establecer límites para el uso y la divulgación de los historiales médicos.
3. Establecer salvaguardias que los médicos, los planes de salud y otros proveedores de asistencia sanitaria deben tener para proteger la privacidad de la información sanitaria.
4. Responsabilizar a los infractores con sanciones civiles y penales.
5. Equilibrar la necesidad de privacidad individual con un requisito de responsabilidad pública que exija la divulgación para proteger la salud pública.

Las reglas de HIPPA requieren que nuestra práctica proporcione a todos nuestros pacientes que vemos después del 14 de abril de 2013, con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo la información médica que recibimos de usted puede ser utilizada o divulgada por nuestra práctica y sus derechos relacionados con su acceso a esta información. Puede solicitar una copia de este aviso.

Por favor firme abajo que hemos hecho una copia del aviso disponible para revisar. Usted tiene derecho a una copia personal del aviso en cualquier momento para revisar y mantener para sus archivos. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina.

Firmando abajo, permito que cualquier persona que venga en el examen y o/el hogar con mí participe en el examen y/o la discusión con respecto a mi cuidado médico mientras que en mi presencia.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Asbury & Associates Healthcare y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente

Firma



Asbury and Associates
— Healthcare —

Relax. Your healthcare is in good hands



Asbury and Associates Healthcare
4020 E Russell Rd, Bldg 5, Las Vegas, Nv 89120
<https://www.aahlv.com>
P: 702-960-4812
F: 702-381-5383

Consentimiento para tratar:

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico prestado bajo la instrucción general del profesional sanitario:

Asignación de beneficios del seguro:

Yo _____ por la presente asignar cualquier y todos los beneficios del seguro pagadero a Asbury y Associates Healthcare LLC, incluyendo la gestión de la atención crónica, que son aplicables a la cuenta del paciente, pero que no exceda el saldo pendiente de mi cuenta. En caso de que esta cuenta tenga que ser entregada para cobranza, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios razonables de abogados, costas judiciales y / o cargos de cobranza necesarios para cobrar el saldo vencido de esta cuenta. Entiendo que mi seguro será facturado como una cortesía a mí. Notificaré al proveedor por escrito de cualquier cambio en la cobertura de mi seguro. Si el pago no se recibe en 45 días a partir de la fecha de la factura, entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del proveedor: Annette Asbury FNP-C