



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo, _____, doy mi consentimiento para que Crossville Family Care use y divulgue información médica protegida sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. (El Aviso de prácticas de privacidad proporcionado por describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa).

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona salvaguardas para proteger mi privacidad. Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este contenido. Crossville Family Care se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a la dirección indicada anteriormente.

Con este consentimiento, Crossville Family Care puede comunicarse conmigo por teléfono, correo postal, correo electrónico, correo de voz u otros tipos alternativos de comunicación en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo operaciones de atención médica, como recordatorios de citas, elementos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de pruebas de laboratorio, entre otros.

Tengo derecho a solicitar que Crossville Family Care restrinja la forma en que utiliza o divulga mi información médica personal para llevar a cabo operaciones de atención médica. El consultorio no está obligado a aceptar las restricciones que solicito, pero si lo hace, está obligado por el acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que Crossville Family Care use y divulgue mi información médica personal para realizar operaciones de atención médica.

El contenido de las llamadas iniciadas por el paciente o el representante del paciente al suscriptor o al servicio de contestación de llamadas del suscriptor puede comunicarse al personal apropiado del suscriptor mediante comunicación convencional por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o fax.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto si el consultorio ya ha realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento o lo revoco más adelante, Crossville Family Care puede negarse a brindarme tratamiento.

Imprimir Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firmado por: _____ **Fecha:** _____

(Paciente o Tutor)

Relación con el paciente: _____ **Número de teléfono:** _____