

HIPAA Reconocimiento y autorizacin para comunicar informacin

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Charlotte Progressive Dentistry está autorizado a comunicar información protegida sobre la salud del paciente mencionado previamente a las personas nombradas en la siguiente lista con el propsito de informarle al paciente u otros relacionados dependiendo de las instrucciones del paciente.

# Entidad autorizada para recibir informacin Descripci**n de la informacin** a comunicar

Selecciona cada persona/entidad que Selecciona el tipo de información que podemos

usted aprueba para recibir información: comunicar a la persona/entidad autorizada:

Mensaje de voz Resultados de Examen/Rayos-x

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esposo(a), Nombre y número de telfono Financieros

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mdicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pariente, Nombre y nmero de telfono Financieros

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mdicos: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro, Nombre y nmero de telfono Financieros

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mdicos: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se revelará como se describe en este documento. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro

Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma. Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por el paciente.

Yo, ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reconozco que he revisado y recibido una copia de la oficina con el Aviso de Prácticas de Privacidad explicando:

Cómo utilizará y divulgará esta oficina mi información de salud protegida.

Mis derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida.

Las obligaciones de esta oficina con respecto al uso y la divulgación de mi información de salud protegida.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad se puede revisar de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier revisión con previa solicitud.

También entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, puedo contactar Charlotte Progressive Dentistry.

También puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si tiene alguna inquietud con respecto a nuestras políticas y procedimientos de privacidad y seguridad. Comuníquese con nuestra oficina para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacin con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Solo para el uso de la oficina

No pudimos obtener un reconocimiento firmado por las siguientes razones:

EL Paciente se negó a firmar. Fecha: ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia impidió obtener el reconocimiento

Barreras de comunicaciónn impidieron obtener el reconocimiento Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intento hecho por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_