



RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AA15.PT.FRM

Usted puede rechazar a firmar este reconocimiento y autorización. Al rechazar puede que no se nos permita procesar su reclamación de seguros médico.

La Portabilidad del Seguro de Salud y Acto de Rendición de Cuentas ("HIPAA") nos obliga a proporcionarle un aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. El aviso de privacidad incluye nuestras políticas en cuanto a revisar, modificar y/o copiar su información de salud protegida (PHI).

Nuestra meta es proteger su privacidad, y le animamos a leer el aviso de nuestras prácticas de privacidad.

El firmante de abajo reconoce informe sobre y le ofrecieron una copia del aviso actual efectivo de prácticas de privacidad.

Número /fecha de versión V03 2014-10-15 para este centro de salud. Una copia de este documento firmada y con una fecha será tan efectiva como la original. Al firmar esta forma de Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad, reconozco y autorizo, que este médico puede recomendar productos o servicios a promover el mejoramiento de mi salud. Este médico puede o no puede recibir remuneración de terceros de las entidades afiliadas. Bajo la actual regla de Omnibus de HIPPA, ponemos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Adelante Healthcare puede comunicarse conmigo sobre servicios especiales, eventos, recaudación de fondos o información de salud nueva o servicios. Si quiero optar por estas comunicaciones - yo necesito notificar al Oficial de Privacidad por correo al 9520 W Palm Lane, AZ 85037 o por correo electrónico a privacyofficer@adelantehealthcare.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO UNA LLIBERACIÓN DE DOCUMENTOS DE PHI SI SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SEAN ENVIADAS A LOS MÉDICOS/INSTALACIONES QUE ME ATIENDAN EN EL FUTURO.

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|---|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del Paciente | Fecha de Nacimiento | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |
| Favor de Escribir su Nombre | | Firma de Consentimiento del Padre o Tutor (Si tiene menos de 18 años de edad) |
| _____ | _____ | _____ |
| Representante Legal [Si es aplicable] | | Descripción de Autoridad |

Su comentario o petición especial con respecto al Reconocimiento o consentimientos:

Staff: Send copy to Patient Portal