

Formulario de consentimiento del paciente para la HIPAA

Uso y divulgación de PHI

Su PHI será utilizada por Allied Digestive Health, o divulgada a otros terceros autorizados, con el propósito de tratamiento, obtener pago o respaldar las operaciones de atención médica diarias de la práctica.

Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de PHI

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) permite el uso de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No se requiere que Allied Digestive Health esté de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, la restricción será vinculante para la práctica en su conjunto.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Mi información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o atención médica operaciones.
- Allied Digestive Health se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y publicará cualquier aviso revisado en su área de registro o en su sitio web.
- Puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y que nos comuniquemos con nosotros de la siguiente manera:

Teléfono primario # _____

Ok para dejar un mensaje de correo de voz para **devolver solo la llamada**

Ok para dejar un mensaje de correo de voz **con resultados e información detallada, incluida la facturación.**

Teléfono secundario # _____

Ok para dejar un mensaje de correo de voz para **devolver solo la llamada**

Ok para dejar un mensaje de correo de voz **con resultados e información detallada, incluida la facturación.**

Al proporcionar los números de teléfono anteriores, doy mi consentimiento para que me envíen llamadas telefónicas o mensajes de texto de Allied Digestive Health, sus prácticas afiliadas y / o terceros que actúen en nombre de Allied Digestive Health a los números de teléfono que he proporcionado anteriormente para una cita, recordatorios o cancelaciones, recordatorios de facturación, pagos y cuentas, encuestas de satisfacción del paciente, invitaciones para participar en aplicaciones móviles que ayudan con mi tratamiento y otros mensajes informativos. Estas llamadas y mensajes de texto pueden realizarse utilizando un sistema de marcación telefónica automática o voz pregrabada o artificial.



Phone 732.702.1039
Fax 732.709.9055

187 NJ-36 #230
West Long Branch, NJ 07764

Otras personas autorizadas a recibir mi información médica:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Revocación del consentimiento

Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva y cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

He revisado este formulario de consentimiento y por la presente doy mi permiso a Allied Digestive Health para usar y divulgar mi Información de salud protegida de acuerdo con estas pautas.

Firma del paciente o del representante del paciente

____ / ____ / ____
Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta