

Imperial Physical Therapy HIPAA Compliance Formulario de Consentimiento del Paciente

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene la sección correcta de un paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted comprueba que por su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en sus próximas visitas para actualizar su firma / fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) permite el uso de la información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y su uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

NOTA: Esto no es una publicación de registros médicos para los registros de fisioterapia, usted debe firmar una versión médica separada para obtener registros de nuestra oficina.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán
- La práctica puede condicionar la recepción de tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle por teléfono, correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar la cita? Sí NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Sí NO

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? Sí NO

EN CASO AFIRMATIVO, nombre al miembro permitido:

Este consentimiento fue firmado por: _____

(NOMBRE DE IMPRESIÓN POR FAVOR)

Firma: _____ Date _____