

REN

DERMATOLOGY

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE HIPAA

El paciente o el representante legal del paciente que firma este formulario ("Paciente") autoriza a REN Dermatology ("Proveedor") a divulgar la información médica protegida del Paciente como se indica a continuación:

PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Padre/Representante legal: _____ Relación del paciente: _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

El proveedor puede comunicarse con el paciente mediante:

Llamando: (_____) _____ - _____ Teléfono móvil Teléfono de casa Teléfono del trabajo

Mensajes de texto: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Si el proveedor no puede comunicarse con el paciente (marque una casilla):

El proveedor puede dejar un mensaje detallado sobre el método de contacto preferido (con respecto a la patología, la programación, etc.).

El proveedor puede dejar un mensaje de voz solo pidiéndole al paciente que devuelva la llamada del proveedor.

EL PROVEEDOR NO PUEDE DEJAR MENSAJES DE VOZ.

DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El proveedor puede discutir el tratamiento y la facturación del paciente con el paciente (marque cada casilla que corresponda):

Cónyuge: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Niño: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Otro: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

EL PROVEEDOR NO PUEDE DISCUTIR EL TRATAMIENTO Y LA FACTURACIÓN DEL PACIENTE CON NADIE MÁS QUE CON EL PACIENTE.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente solicita y autoriza al proveedor a divulgar la información médica protegida del paciente a (marque una):

Paciente

Individuo u organización distinta del paciente

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Organización: _____ Numero de fax: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE SE DIVULGARÁ

El paciente autoriza al proveedor a divulgar la siguiente información médica protegida (*marque una*):

- Toda la información de salud protegida.
- Información médica protegida con respecto a una fecha específica de servicio: (fecha) _____.
- Información médica protegida con respecto a un rango de fechas de servicio: desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____.

PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN

El Paciente autoriza la divulgación de la información médica protegida del Paciente para los siguientes propósitos (*marque todos los que correspondan*):

- Atención al paciente
- Uso personal
- Administrativo (es decir, FMLA)
- Cita/Compartir con otro proveedor de atención médica según sea necesario
- Discapacidad/Solicitud de seguro/Reclamo
- Abogado/Caso Legal
- Otro (especificar) _____

AUTORIZACIÓN

El paciente entiende que la información de salud protegida del paciente puede incluir información sobre el diagnóstico o tratamiento relacionado con afecciones psiquiátricas o psicológicas, abuso de drogas o alcohol y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o estado de VIH. El paciente acepta que cualquier información médica protegida sobre dicho diagnóstico o tratamiento puede ser divulgada.

(El paciente debe inicializar uno): Yo autorizo _____ No autorizo _____ la divulgación de la información médica protegida del paciente como se indica en este documento.

El paciente entiende que:

- El paciente puede negarse a firmar esta autorización.
- Negarse a firmar esta autorización no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios del Paciente.
- El paciente puede retirar (revocar) esta autorización por escrito, excepto por cualquier acción ya tomada en base a ella.
- Si la persona que solicita o recibe la información médica protegida del Paciente no es un plan de salud o proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad y se pueda compartir con otros.
- El paciente recibirá una copia de este formulario después de que el proveedor lo firme.
- **Esta autorización permanecerá vigente durante 12 meses a menos que se revoque por escrito.**
- **Esta autorización expirará 12 meses después de la fecha en que el paciente la firme.**

FIRMA

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____