

Hummingbird Pediatric HIPAA

Formulario de Consentimiento del Paciente de Cumplimiento

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted asegura con su firma que ha revisado nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Los términos de este aviso podrían cambiar, si es así, nosotros le avisaremos en su próxima visita para que pueda revisar y firmar el nuevo aviso.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No se nos exige que aceptemos esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act 1996) permite el uso de información para tratamiento, pago, o operaciones de salud.

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

Al firmar este formulario, yo afirmo que:

La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.

La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad permitida por la ley.

La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.

El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.

La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento al momento de la ejecución de este consentimiento.