



Heart of Kansas Family Health Care

Forma de Consentimiento de HIPAA

En general, la regla de privacidad de HIPAA les da el derecho a individuos a pedir una restricción sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). Al individuo se le proporciona el derecho de pedir comunicaciones confidenciales o que la comunicación de la PHI se haga de manera alternativa como de mandar correspondencia a la oficina del individuo en vez de su casa. Por favor vea nuestra Notificación de Practicas de Privacidad para la manifestación completa de cómo podemos usar su información, sus derechos y responsabilidades.

Está bien dejar un mensaje en máquina de contestación o buzón de mensaje de voz con información de salud protegida detallada (por ejemplo resultados de analices, instrucciones, o información de citas) en los siguientes números

- Teléfono de casa (____) _____
- Teléfono de trabajo (____) _____
- Teléfono celular (____) _____

Yo, _____ (nombre de paciente) autorizo Heart of Kansas a divulgar información de salud protegida del paciente (PHI) incluyendo información de cita, resultados de exámenes, y otra información de salud a los siguientes individuos a petición de ellos para el propósito de asistir en y/o pago de cuidado de salud del paciente.

Nombre: _____
 Relación a paciente: _____
 Domicilio: _____
 Numero de telefono: _____

Nombre: _____
 Relación a paciente: _____
 Domicilio: _____
 Numero de telefono: _____

Nombre: _____
 Relación a paciente: _____
 Domicilio: _____
 Numero de telefono: _____

Esta autorización expira en la fecha de la expresión de terminación de cuidado médico y tratamiento del paciente por Heart of Kansas Family Health Care, Inc. y puede ser revocada a cualquier tiempo por paciente o su persona responsable, o por escrito proveída a Heart of Kansas, Inc. excepto cuando es no es permitido como a sido previsto en la Notificación de Practicas de Privacidad. Heart of Kansas Family Health Care no puede condicionar tratamiento basado en el rechazo de proveer dicha autorización.

Firma de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Si es menor entonces-)
 Padre/Custodio Legal _____ Relacion _____

Fecha: _____