



Heart of Kansas Family Health Care Forma de Consentimiento de HIPAA

En general, la regla de privacidad de HIPAA es 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 como podemos usar su información, sus derechos y responsabilidades.

¿Cómo le gustaría recibir lo siguiente? Recordatorios de citas, Notificaciones de salud, Resultados de laboratorio, Información de su bill. **(Escoja cualquiera o todas las opciones)**

Consentimiento de llamadas: SI / NO **Teléfono:** _____ **Mejor hora para llamar** _____

Mensajes de Textos: SI / NO **Teléfono:** _____

Email/ Portal del Paciente: SI / NO **Correo Electrónico:** _____

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

Nombre: _____
Relacion a paciente: _____ Telefono: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Relacion a paciente: _____ Telefono: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Relacion a paciente: _____ Telefono: _____
Domicilio: _____

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 coma 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: _____