

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respect a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Resposabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a los Centros Reincke Vein a usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento, incluido el tratamiento directo e indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento.
- Obtención de pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- Las operaciones de atención médica diarias de los Centros Reincke Vein también me han informado y me han dado derecho a revisar y asegurar una copia de la Declaración de privacidad los Centros Reincke Vein, que contiene una descripción más complete de los usos y divulgaciones de mi PHI y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que Reincke Vein Center se reserve el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y que puedo comunicarme con Reincke Vein Center en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurriera antes de la fecha de revocation no se ve afectado.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Política de cancelación de citas

He leído y acepto la Política de cancelación de la práctica que establece que se me puede cobrar una tarifa si no notifico adecuadamente de cancelación de una cita o procedimiento.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Consentimiento de comunicación

Acepto ser contactado por teléfono, texto y/o correo electrónico en relación con los servicios de tratamiento y/o citas.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Consentimiento Opcional

Yo permit que Reincke Vein Center revele tratamiento, pago, y/o información de salud a los siguientes individuos:

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Firma del paciente o parte responsable

Fecha