

BENACARE MEDICAL CENTER, INC.
ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Entiendo que según la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede usarse y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y para que se de el seguimiento debido por los diversos proveedores de atención médica que pudieran estar involucrados en dicho tratamiento de manera directa o indirecta.
- Obtener el pago de terceros.
- Conducir operaciones normales para el cuidado de la salud tales como las certificaciones y la evaluación de calidad de los médicos.

Recibí la información que me proporcionaron acerca de su **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** la cual contiene una descripción más completa de los usos y la divulgación de mi información médica. Antes de firmar este consentimiento me dieron la oportunidad de revisar dicha **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de vez en cuando y que yo me puedo comunicar con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de su **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan la manera en que se usa o se divulga mi información privada para llevar a cabo el pago del tratamiento o los procedimientos para el cuidado de la salud. También entiendo que ustedes no están obligados a aceptar las restricciones que yo les solicite, pero que si las aceptan están obligados a cumplirlas.

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar este acuse de recibo por escrito, excepto hasta el grado en que ustedes hayan actuado basados en el mismo.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Parentesco: _____

Representante autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

Formulario de autorización del miembro designado de la familia (opcional)

La Información de Salud Protegida únicamente saldrá de esta oficina si el paciente o su representante personal nos entregan una autorización debidamente firmada por el paciente o su representante personal, excepto para el tratamiento, pago o los procedimientos para el cuidado de la salud (TPO, por sus siglas en inglés), y como lo requiera la ley de alguna otra manera.

Sin embargo, en el caso de que se requiera que un miembro de la familia discuta mi condición médica, designo a la persona siguiente para que sea la encargada de la comunicación relacionada con dicha condición médica. Además, entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

Persona autorizada: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Formulario de autorización para dejar recados telefónicos (opcional)

Doy mi autorización al centro cuyo nombre aparece arriba para que me deje recados en mi contestadora cuando no sean de emergencia o se trate de los resultados normales de los exámenes que se me hubieran practicado. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del Paciente o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____
Parentesco

Formulario de autorización para enviar mensajes electrónicos (opcional)

Doy mi autorización al centro cuyo nombre aparece arriba para que me envíe al domicilio electrónico que yo designe mensajes electrónicos o los resultados de los exámenes que se me hubieran practicado. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

Domicilio electrónico: _____

Firma del Paciente o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____
Parentesco