

Axia Women's Health
Reconocimientos de HIPAA y autorizaciones

I. Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Reconocimiento de la paciente

La ley exige que Axia mantenga la privacidad de la información de salud protegida y proporcione a las personas un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tengo alguna pregunta, entiendo que puedo hablar con el encargado de cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono.

La firma a continuación es solo para reconocer que me dieron la opción de recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de Axia o que me dieron la oportunidad de revisar dichas prácticas de privacidad:

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma: _____

II. Autorización para el uso o la divulgación de información médica

Información de contacto de la paciente

Teléfono del hogar: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Int.: _____

Autorizo a que me dejen **mensajes breves** con información médica en el buzón de voz en estos teléfonos (marque todo lo que corresponda):
 Hogar Móvil Trabajo

Autorizo a que me dejen **mensajes más largos** con información médica en el buzón de voz en estos teléfonos (marque todo lo que corresponda):
 Hogar Móvil Trabajo

Restricciones/Instrucciones: _____

Divulgación de información del historial médico y de tratamientos

Autorizo a las siguientes personas a recibir información relacionada con mi historial médico y los tratamientos que haya recibido:

Use el contacto de emergencia que brindé en el formulario demográfico de la paciente.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Las personas mencionadas anteriormente pueden recibir información en todos los centros de atención de Axia, a menos que se indique lo contrario: _____

Divulgación de información de facturación

Autorizo a las siguientes personas a recibir información relacionada con cualquier problema de facturación y a actuar en mi nombre:

Use el contacto de emergencia que brindé en el formulario demográfico de la paciente.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Las personas mencionadas anteriormente pueden recibir información en todos los centros de atención de Axia, a menos que se indique lo contrario: _____

Información del padre o tutor

Contacto: _____ Relación contigo: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono alternativo: _____

Contacto: _____ Relación contigo: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono alternativo: _____

Reconocimiento de la paciente

De acuerdo con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas de acuerdo con la autorización original de divulgación. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada en la dirección de la oficina de Axia. Mi revocación será efectiva una vez que la reciba el consultorio del centro de atención médica para mujeres de Axia.
2. Se puede utilizar una copia de esta autorización, y tendrá la misma validez que la original.

Esta autorización reemplaza cualquier autorización por escrito previa que haya hecho con respecto al uso, la confidencialidad y la divulgación de mi información médica.

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación: _____

Autorizaciones adicionales

¿Quiero que esté presente una acompañante mujer durante mi examen? Sí No Otro