

Consentimiento/autorización/reconocimiento

Clínico

1: Autorizo la Dra. Marieve O. Rodríguez designada "práctica" de aquí en adelante, de tomar las radiografías necesarias, los modelos del estudio, las fotos y otras ayudas de diagnóstico necesario para hacer un diagnóstico cuidadoso. Autorizo las fotos y las radiografías a ser enviadas por el correo electrónico a referir proveedores y a las compañías de seguros.

2: Autorizo esta práctica de realizar todo el tratamiento recomendado y tratamiento que convengan. También autorizo el uso de los sedativos de los anestésicos y de otros medicamentos (necesarios) y estoy completamente enterado que usar agentes anestésicos implica ciertos riesgos.

Seguro

3: Autorizo esta práctica a repartir en, hospitales, planes del servicio del cuidado médico, compañías de seguros, uno mismo-aseguradores o sus representantes, y toda la información, expedientes y radiografías sobre mi historial médico, tratamiento rendido y tratamiento necesario.

4: Autorizo esta práctica de someter las demandas para el pago de los servicios rendidos o las preautorizaciones necesarias a mi compañía de seguros, en mi favor y en mi nombre referido como la "firma en archivo". Entiendo que soy responsable del pago sin importar la cobertura proporcionada.

Portabilidad del seguro médico y a de la responsabilidad, Acto 1996:

HIPAA: Conocimiento del recibo del aviso de las prácticas de privacidad:

(Usted puede rechazar la firmar de este reconocimiento)

HIPPA: Reconocimiento del recibo del aviso de las prácticas de privacidad:

Aviso de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer el aviso de esta práctica de las prácticas de privacidad antes de que usted decida firmar este consentimiento. Nuestro aviso de las prácticas de privacidad proporciona una descripción de nuestras actividades del pago del tratamiento, y cuidado medico, de aplicaciones y de accesos podemos hacer de su información protegida de salud, y de otras materias importantes sobre su información protegida de salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Lea por favor este aviso antes de firmar este consentimiento. Esta práctica reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad según lo descrito en nuestro aviso de las prácticas de privacidad. Si se realizan cambios al Aviso de Prácticas de Privacidad, un aviso revisado Estos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información protegida de la salud que mantengamos en archivo. Usted puede obtener una copia nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso en cualquier momento entrando en contacto con: Persona del contacto: Dr. Marieve O. Rodríguez Teléfono: 302-655-5862 Dirección: 1021 Gilpin Avenue Wilmington, DE 19806

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento para el uso y el acceso de la información de la salud en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a la persona del contacto enumerada arriba. Esto revoca no afectará consentimiento anterior. Reservamos el derecho de proporcionar el tratamiento adicional en su favor o el de sus dependientes si se revoca este consentimiento.

5: Autorizo por este medio, según lo indicado por mi firma abajo, para utilizar y para divulgar mi información protegida de la salud para realizar actividades del pago del tratamiento y operaciones del cuidado médico.

Las firmas abajo indican que he leído este documento entero y entienden completamente el contenido de este consentimiento/autorización/reconocimiento. Me han proporcionado la oportunidad de hacer preguntas y de obtener la clarificación adicional.

Firma: Marque el que pertenezca: Paciente Adulto/Guardián/Representante Personal /Fecha

Por favor liste los nombres preferidos de individuos que usted permite para divulgar Su información protegida de la salud:

- 1.
- 2.
- 3.

Aconséjenos por favor sus medios de comunicación:

Trabajó: Si o NO

Casa: Si o NO

Otra preferencia: _____