



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre todos los proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en mi tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener pago de un tercero
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y comprendido el Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Gallatin Women's Center tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con ellos para obtener una copia actualizada.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que Gallatin Women's Center restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que Gallatin Women's Center no está obligado a aceptar mi solicitud, pero si usted acepta, estarán obligados a cumplir con dichas restricciones.

Irma del Paciente o Garante si el paciente es menor de 18 años.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

Relacion Con La Paciente

Doy permiso a Gallatin Womens para que hable sobre mi atencion medica con las siguientes personas?

Firma

Relacion

Numero de telefono

Firma

Relacion

Numero de telefono

Además, doy permiso para que Gallatin Women's Center me llame o deje un mensaje con el fin de notificar recordatorios de citas o resultados de laboratorio al siguiente número. número

Home Phone

Cell Phone

Emergency Contact Name

Numero de telefono

Firma

Fecha



Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

PERMISO PARA CEDER RECETAS A OTRA PERSONA NACIMIENTO

Doy permiso para que las siguientes personas recojan recetas escritas y/o muestras de medicamentos y/o medicamentos recetados en mi nombre.

Nombre

Telefono

Nombre

Telefono

Nombre

Telefono

Firma del paciente

Fecha

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA A OTRO INDIVIDUO

Indique los nombres de las personas a las que le gustaria permitir que recojan o reciban informacion medica en su nombre, incluidos, entre otros, resultados de pruebas (laboratorio e imagenes), notas de regreso al trabajo/escuela, confirmacion de embarazo y recordatorios de citas.

Nombre

Telefono

Nombre

Telefono

Nombre

Telefono

No deseo que ninguna persona reciba informacion medica en mi nombre.

Doy permiso para que Gallatin Women's Center deje un mensaje sobre informacion medica, como informacion de citas, recordatorios, resultados de laboratorio e imagenes o un mensaje devuelto por una enfermera a los siguientes numeros: recibir informacion medica en mi nombre.

Telefono de casa

Telefono Mobil

Telefono del trabajo

No deseo que mi informacion quede en un correo de voz/contestador automatic.

Firma del paciente

Fecha