

## Aviso de HIPAA

Entiendo que, bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertas derechas a la aislamiento con respecto a mi información protegida de la salud. La Información protegida de la Salud (PHI) puede originar en su historial médico en **IKP** o puede ser recibido de entidades de salud exteriores y archivado en su historial medico. Entiendo que esta información puede y será utilizada por **IKP**: (a) Conducta, planeo y dirija mi tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples del cuidado médico, quién se puede implicar en el tratamiento directamente e indirectamente, (b) obtiene el pago a partir de pagadores de los terceros, (c) operaciones normales del cuidado médico de la conducta tales como gravámenes de la calidad y certificaciones del médico, (d) notificación de los acontecimientos educativos específicos a mi condición médica con **IKP** y organizaciones del establecimiento de una red.

Me han informado por usted de su aviso de las prácticas del privacidad, conteniendo una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que una copia se puede poner a disposición mí a petición. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Nota de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Privacidad de mi oficina local o contactando al Oficial de Privacidad en 1300 W. Terrell Ave, Suite 405 Fort Worth, TX 76104. Entiendo que puedo solicitar en escritura que usted restrinja cómo mi información privada se utiliza o se divulga para realizar el tratamiento, pago, o operaciones del cuidado médico. También entiendo que no requieren convenir mis restricciones solicitadas, pero si usted conviene, entonces usted es limitado para habitar por tales restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura en cualquier momento, a menos que hasta el punto de usted haya tomado la acción que confiaba en este consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Name Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### liberación de Autorización de Información

\_\_\_ **IKP** puede o no puede enviar resultados de laboratorio me

\_\_\_ **IKP** puede o no los registros releasemedical a otros médicos solicitando

\_\_\_ **IKP no puede** discutir mi cuidado médico y **no puede** discutir y o tomar medidas financieras con cualquiera.

\_\_\_ **IKP puede** discutir mi cuidado médico y **puede** discutir y o tomar medidas financieras con cualquier miembro de mi familia.

\_\_\_ **IKP puede** discutir mi cuidado médico y **puede** discutir y o tomar medidas financieras con la gente siguiente.

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

### Prefiero ser contactado en la manera siguiente:

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Deje mensaje con información detallada

\_\_\_ Deje mensaje con sólo número de contacto.

\_\_\_ No deje mensaje.

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Deje mensaje con información detallada

\_\_\_ Deje mensaje con sólo número de contacto.

\_\_\_ No deje mensaje.

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Email

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Name Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_