

DIVULGACIÓN HIPAA Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN FORMA DE AUTORIZACIÓN

Apellido del paciente:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	----------------	-----------------------------

Entiendo que bajo el acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida de la salud. La Información protegida de la Salud (PHI) puede originar en su historial médica en **IKP** o puede ser recibido de entidades de salud exteriores y archivado en su historial medico. Entiendo que esta información puede y ser áutilizada 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 a contecimientos educativos especificos 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, con teniendo 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 405Fort Worth, TX 76104. Entiendo que puedo solicitar en escritura que usted restrinja cómo mi información privada se utilizao se divulga para realizar el tratamiento, pago, o operaciones del cuidado médico. También entiendo que no requieren con venir mis restricciones solicitadas, pero si usted con viene, entonces ustedes limitado para habitar por tales restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura en cual quier momento, a menos que hasta el punto de usted haya tomado la acción que confiaba en este consentimiento.

_____	_____
Firma del paciente o representante legal autorizado	Fecha

Prefiero ser contactado en la manera siguiente:

☆ Número Preferido #: () -	Número Secundario #: () -
---	--

Por favor seleccione una de las siguientes: <input type="checkbox"/> Deja el mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Deja el mensaje con el número de contacto solamente	Por favor seleccione una de las siguientes: <input type="checkbox"/> Deja el mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Deja el mensaje con el número de contacto solamente
--	--

IKP Family Medicine tiene mi permiso para hablar de mi cuidado de la salud y / o hacer arreglos financieros con los siguientes individuos.

Nombre:	Relacion:
Nombre:	Relacion:
Nombre:	Relacion:

Paciente Portal Permisos Seguros

Planeo sobre el registro o ya soy un usuario del portal y IKP pueden comunicarse conmigo a través del portal	SI	NO
Una vez registrado IKP puede utilizar el portal como mi método preferido recordatorio	SI	NO
IKP tiene mi permiso para enviar por correo los resultados de laboratorio a mi domicilio	SI	NO

Correo electrónico:

_____	_____
Firma del Paciente o Guardián	Fecha

Staff Initials _____