

# Norma de Privacidad de HIPAA Acuerdo de Autorizacion del Paciente

## Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.508(a))

Yo, \_\_\_\_\_ (Patient's Name) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del *Aviso de Practicas de Privacidad* que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Informacion Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi Informacion Confidencial Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

# Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

## Consentimiento para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Informacion de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar este consentimiento;
- Que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directorios;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representatne Legal .....

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal .....

Fecha: .....

**Regla de Privacidad HIPAA Recibo de Noticia de Practica de Privacidad Forma de Reconocimiento Escrita**

**Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc.**

**Reconomiento de recibo de la Noticia de Practica de Privacidad (§164.520(a))**

Yo, \_\_\_\_\_ (Name of Patient) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. provee una descripcion completa del uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de las Practicas de Privacidad de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar esta forma;
- Que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. reserva su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito.

Firma del Individuo o Testigo Representante Legal .....

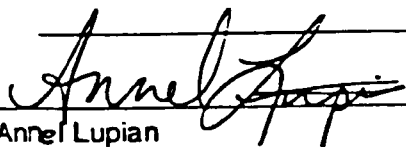
Nombre del Individuo o Testigo Representante Legal .....

Fecha: .....

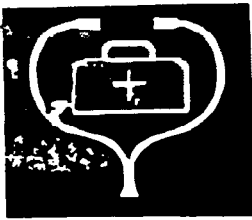
**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA**

Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no ha podido ser obtenido porque:

- Individuo reuso firmar
- Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento
- Una emergencia evito que obtuvieramos el reconomiento
- Otro (especifique por favor)

\_\_\_\_\_  
  
 Annel Lupian  
 Oficial De Privacidad

\_\_\_\_\_  
 Fecha



*Famii*  
**URGENT CARE**  
 &  
**Industrial Medical Clinic**  
 A Professional Corporation

412 W. Avenue J, #D  
 Lancaster, CA 93534  
 Tel: (661) 723-3375  
 Fax: (661) 723-7635

15450 Ventura Boulevard, #102  
 Sherman Oaks, CA 91403  
 Tel: (818) 808-2828  
 Fax: (818) 788-0386

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ MASCULINO FEMENINO  
 NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 ESTADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO(HOGAR): \_\_\_\_\_  
 CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE  
 RAZON DE SU VISITA: \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS A MEDICINAS: \_\_\_\_\_ CONDICIONES MEDICAS: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO: \_\_\_\_\_  
 BUSCA ATENCION MEDICA POR:  ACCIDENTE DE TRABAJO  PROBLEMAS DE SALUD  
 FECHA DE ACCIDENTE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE AJUSTADOR \_\_\_\_\_ NUMERO DE CASO \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE EMPLEO:** \_\_\_\_\_ OCCUPACION: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 ESTADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
**ASEGURANSA DE SALUD:** \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLICIA: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_ NOMBRE PRINCIPAL DE ASEGURANSA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 PERMISO EXONERACION DE INFORMACION: YO AUTRIZO DAR CUAL QUIER INFORMACION MEDICA QUE SEA NECESARIA PARA EL PROCESO DE ESTE CLAMO:  
 FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 YO ENTIENDO QUE SO RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS OBTENIDO QUE INCLUYEN EL BALANVE QUE SOBREN DESPUES DE CUALQUIER CLASE DE PAGO:  
 FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 AUTORIZACION PARA MENORES DE EDAD: FIRMA DE UN PADRE/GUARDIAN ES NECESARIA PARA RENDIR SERVICIOS MEDICOS SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:  
 FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_