

**REGLA ÓMNIBUS HIPAA  
DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
Y CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIONES LIMITADAS Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN**

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

FECHA: \_\_\_\_\_.

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad vigente en este momento para este centro de atención médica. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original.

**MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO LIBERACIÓN DE DOCUMENTO PHI. DEBO SOLICITAR EL TRATAMIENTO O LAS RADIOGRAFÍAS SE ENVIARÁN A OTROS DOCTORES / INSTALACIONES ASISTENTES EN EL FUTURO.**

\_\_\_\_\_  
Por favor imprime nombre del paciente Por favor firmo para el paciente / Tutor del paciente

\_\_\_\_\_  
Representante legal / Tutor Relación del Representante legal / Tutor

Sus comentarios sobre Agradecimientos o Consentimientos:

\_\_\_\_\_  
¿CÓMO QUIERES SER DIRIGIDO CUANDO SE LLAMA DEL ÁREA DE RECEPCIÓN:

- Nombre solamente
- Apellido propio
- Otro \_\_\_\_\_.

LISTE A CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD;  
(Esto incluye a los padrastros, abuelos y cuidadores que puedan tener acceso a los registros de este paciente);

\_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AUTORIZO EL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTOS E INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN VÍA:

- Confirmación del teléfono celular
- Confirmación del teléfono de trabajo
- Confirmación del teléfono de casa
- Mensaje de texto
- Confirmación del correo electrónico
- Cualquiera de los anteriores**

AUTORIZO INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SER TRANSPORTADO VÍA:

- Confirmación del teléfono celular
- Confirmación del teléfono de trabajo
- Confirmación del teléfono de casa
- Mensaje de texto
- Confirmación del correo electrónico
- Cualquiera de los anteriores**

APROBÓ QUE ME CONTACTEN SOBRE SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o NUEVA INFORMACIÓN DE SALUD en nombre de este Centro de Salud a través de:

- Confirmación del teléfono celular
- Confirmación del teléfono de trabajo
- Confirmación del teléfono de casa
- Mensaje de texto

Confirmación del correo electrónico

**Cualquiera de lo anterior**

**Ninguno de los anteriores** (optar por no participar)

Al firmar este Formulario de reconocimiento de paciente de HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su salud mejorada. Esta oficina puede o no recibir remuneración de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la regla actual de HIPAA Ómnibus, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

---

**Uso en la oficina solamente**

Como oficial de privacidad, intenté obtener la firma del paciente (o representantes) en este Reconocimiento pero no lo hice porque:

Era un tratamiento de emergencia

que no pude comunicarme con el paciente

El paciente no pudo firmar

El paciente no pudo firmar porque \_\_\_\_\_ (describir).

---

Firma del oficial de privacidad