

Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. ***Debe proporcionar algún medio de contacto.***

Hurt Family Health Clinic no le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación.

Autorización extendida

Enumere las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud (a excepción de la información que está protegida por las leyes estatales y federales), como su cónyuge, su cuidador u otro familiar:

Nombre (nombre y apellido)

Relación

Restricciones sobre los medios de comunicación

Podemos comunicarnos con usted mediante correo postal, correo electrónico seguro y teléfono, lo que comprende dejar mensajes en su contestador automático o correo de voz. Indique a continuación los medios por los cuales **NO** desea recibir comunicaciones:

- No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono: _____
- No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono: _____
- No deseo recibir correos en las siguientes direcciones: _____
- Coordinación de historias clínicas por parte de terceros
- Intercambio de información médica (HIE)
- Portal para pacientes
- Otros (especifique): _____

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/persona responsable (en letra de molde)

Relación con el paciente