

# MIAMI DADE SURGICAL GROUP

## FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **Notificación sobre las Prácticas de Privacidad.**

Confirmando que he recibido la Notificación sobre las Prácticas de Confidencialidad del consultorio, en donde se describe la manera en la que el consultorio puede utilizar y dar a conocer información sobre mi atención médica a los fines de sus operaciones de atención médica, pagos, tratamientos y otro tipo de usos y divulgaciones que se detallan y autorizan. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad que se menciona en la notificación, ante cualquier duda o queja. Entiendo que dicha información puede darse a conocer de manera electrónica, mediante el Proveedor y/o sus socios comerciales. En la medida en que la ley lo permita, doy mi consentimiento para que se utilice y se dé a conocer información sobre mi persona, a los fines descritos en la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad del consultorio.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **Publicación de Información.**

Por el presente, autorizo al consultorio y a los médicos, u otros profesionales de la salud involucrados en la atención médica de pacientes hospitalizados y ambulatorios a publicar información sobre la atención médica, a los fines de operaciones de atención médica, pagos, o tratamientos.

- La información sobre la atención médica relativa a admisiones anteriores en filiales de HCA podrá ponerse a disposición de otras filiales de HCA posteriormente para coordinar la atención médica del Paciente o a los fines administrativos del caso. Se podrá dar a conocer la información sobre la atención médica a cualquier persona o entidad que esté a cargo del pago en nombre del Paciente, con el fin de comprobar asuntos relativos a la cobertura o pagos, o con cualquier otro fin relativo al pago de beneficios. También se podrá dar a conocer la información sobre la atención médica a la persona que indique mi empleador, en el caso de que los servicios prestados estén relacionados con una reclamación en virtud de una indemnización laboral.
- En el caso de que cuente con la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo que se dé a conocer la información sobre la atención médica a la Administración de Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para que se cumpla con el pago de una reclamación a Medicare, o a la agencia estatal correspondiente para que se cumpla con el pago de una reclamación a Medicaid. Dicha información puede incluir información relativa a, por ejemplo, la historia clínica, física y de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de seguimiento de médicos, notas de enfermeras, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos de adicción al alcohol y las drogas, y resúmenes de altas médicas.
- Es posible que las leyes estatales y federales autoricen a que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, compañías aseguradoras y/u otros miembros de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, con el fin de que dichas personas y entidades compartan entre ellas la información relacionada con mi salud, para lograr objetivos tales como: mejorar la precisión de mi historia clínica y aumentar su disponibilidad; reducir el tiempo que se necesita para tener acceso a mi información; agregar información sobre mi persona y compararla con el fin de mejorar la calidad; y otros objetivos, en la medida en que la ley lo permita. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. El presente consentimiento incluye, en particular, la información relativa a enfermedades psicológicas, psiquiátricas, de discapacidad mental, información genética, enfermedades relativas a la dependencia de químicos y/o enfermedades infecciosas, entre las que se incluyen las enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y el SIDA.

### **Divulgación a Amigos y/o Familiares**

**¿DESEA NOMBRAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR ACERCA DE SU AFECCIÓN? EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?**

Autorizo a que se dé a conocer mi Información de Salud Protegida, a los fines de comunicar resultados, hallazgos y decisiones médicas a los familiares y otras personas que se mencionan a continuación:

	Nombre	Relación	Número de Contacto
1:			
2:			
3:			

El Paciente/Representante puede revocar o modificar esta autorización en particular. Dicha revocación o modificación debe realizarse por escrito.

**Aviso: Esta clínica utiliza una Historia Clínica Electrónica que actualizará todos sus datos demográficos según la información que haya brindado. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan la historia clínica electrónica, y en las que usted se atienda.**

### **Consentimiento para Tomar Fotografías o Grabaciones con fines de Operaciones de Seguridad y/u Atención Médica**

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **Doy mi consentimiento** para que se tomen fotografías, grabaciones digitales o de audio y/o imágenes de mi persona que se graben por razones de seguridad y/o de operaciones relacionadas con la atención médica del consultorio (por ejemplo, actividades para mejorar la calidad). Entiendo que el centro conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Estaré autorizado a solicitar acceso a las imágenes y/o grabaciones, o a copias de ellas, en los casos en los que sea posible a nivel tecnológico, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se guardarán de forma segura y estarán protegidas. Las imágenes y/o

Updated: April 22, 2016 replacing October 28, 2015, June 12, 2015 & November 21, 2013 version

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

Translated on April 29th, 2016

grabaciones en las que aparezco no se darán a conocer ni se utilizarán sin mi autorización específica por escrito o la de mi representante legal, a menos que sea a los fines de operaciones de atención médica, pagos, tratamientos, o que la ley así lo autorice o requiera.

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **No doy mi consentimiento** para que se tomen fotografías, grabaciones digitales o de audio y/o imágenes de mi persona que se graben por razones de seguridad y/o de operaciones relacionadas con la atención médica del consultorio (por ejemplo, actividades para mejorar la calidad).

**Consentimiento para Enviar Mensajes de Correo Electrónico o Mensajes de Texto con Recordatorios y Otras Comunicaciones de la Atención Médica:**

**Los pacientes de nuestro consultorio pueden ser contactados a través de mensajes de correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarles que tienen una cita médica, para que nos comenten acerca de su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para brindar recordatorios/información de salud en general.** Entiendo que aunque haya dado mi consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto o mensajes de correo electrónico, conservo el derecho de revocar dicho consentimiento en cualquier momento.

Si brindo una dirección de correo electrónico o un número de teléfono para que puedan contactarme, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas médicas y otras comunicaciones/información relacionada con la atención médica en esa dirección de correo electrónico o número de teléfono de parte del Consultorio.

El consultorio no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tasas de mensajería de texto estándar según lo establecido en su plan de servicio inalámbrico (comuníquese con su proveedor para obtener más información acerca de los planes y precios).

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de texto de parte del consultorio en mi teléfono celular y en cualquier número al que se desvíe o transfiera la llamada a ese número o mensajes de correo electrónico para recibir información tal como se indica más arriba. Entiendo que esta solicitud para recibir mensajes de correo electrónico y mensajes de texto se aplicará a futuros recordatorios de citas médicas/comentarios/información de salud, a menos que solicite por escrito que se realice una modificación (consulte la sección de revocación que se encuentra a continuación).

**El número de teléfono celular que autorizo** para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas médicas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es \_\_\_\_\_.

**La dirección de correo electrónico que autorizo** para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas médicas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es \_\_\_\_\_.

○

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) No deseo recibir comunicaciones a través de mensajes de texto.

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) No deseo recibir comunicaciones por correo electrónico.

***Si usted ha dado su consentimiento previamente para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto o de mensajes de correo electrónico, y desea revocar el consentimiento***

**Revocación (No doy mi consentimiento para que se utilice mi número de teléfono celular o dirección de correo electrónico en el futuro)**

***Por el presente, revoco mi solicitud para recibir comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto en el futuro.***

*\_\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas médicas, comentarios e información de salud en general a través de mensajes de texto en el futuro.*

*\_\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas médicas, comentarios e información de salud en general por correo electrónico en el futuro.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representante del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Retiro de Recetas Médicas.** Puede haber momentos en los que necesite de un amigo o de un familiar para retirar una receta en el consultorio de su médico. Para que podamos entregarle la receta médica a su familiar o amigo, necesitaremos registrar su nombre. Antes de entregarle la receta médica, su representante deberá presentar una identificación válida con foto y firmar por el retiro de la receta.

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **Deseo** nombrar a la siguiente persona para que retire una receta médica a mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (Iniciales del Paciente/Representante) **No deseo** nombrar a nadie para que retire mi receta médica.

**Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor/Representante del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente/Padre/Madre/Tutor/Representante del Paciente (en Letra de Imprenta)** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente (en Letra de Imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_