

Orthopaedic Associates of Riverside

Consentimiento para el uso de información confidencial y recibo de aviso de publicación

Yo, _____, doy mi consentimiento a Orthopaedic Associates of Riverside (OAR)
(Nombre del paciente of agente autorizado)

A utilizar o divulgar toda la información contenida en el registro de paciente con el fin de llevar a cabo tratamiento, pago o operación de cuidado de salud de _____.
(Nombre del paciente)

E recibido el aviso de practicas de privacidad del medico que proporciona información detallada sobre como se utilizara y revelara mi información confidencial

Entiendo que el medico ha reservado el derecho a cambiar sus practicas de privacidad que se describen en el aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso revisado será proporcionada a mi o a su disposición en la oficina principal ubicada en 353 E. Burlington Street, Suite 100, Riverside, Illinois 60546.

Entiendo que este consentimiento es valido hasta que es revocado por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito de mi deseo de hacerlo, al medico. También entiendo que no podre revocar este consentimiento es casos donde el medico ya ha confiado en el para usar o divulgar información sobre mi salud. Escrito revocación del consentimiento debe enviarse a la oficina del medico.

Signed/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Si usted no es el paciente, por favor especifique su relación con el paciente _____.

Authorization to Release Information/Autorización para divulgar información

La ley de privacidad HIPAA de Abril de 2003 nos prohíbe hablar con alguien que no sea usted, su tutor o su poder en lo que respecta no solo su condición médica pero su cuenta médica. Hemos encontrado que esto causa cierta frustración para los familiares al intentar ayudar a sus seres queridos con las decisiones médicas y situaciones financieras. Para ello nos gustaría reducir estas frustraciones pidiendo que usted de autorización para cualquiera que quiera información o hablar con el medico. **Por favor comprenda que es su derecho de no autorizar hablar con nadie. Sin embargo, recuerde que sin el permiso, nuestro personal no podrá hablar con alguien más que no sea usted. Atención – reclamos de compensación de trabajadores no esta sujeto a la ley de privacidad de HIPAA y registros médicos e información financiera saldrá a su empleador o compañía de compensación el efecto de obtener el pago.**

Yo autorizo a representantes de Orthopaedic Associates of Riverside hablar con (imprimir nombres):

Nombres

Relación

Podemos dejar mensajes detallados en el buzón de voz/contestador

YES/SI _____

NO _____

Signature/Firma

Date/Fecha

Staff Initials _____