

MOUNTAIN VIEW PEDIATRICS

77 W. Forest Ave, Ste 205, Flagstaff, AZ 86001 * (928) 214-3600

Consentimiento Del Paciente Para El Uso Y Divul Acion De La Informacion De La Salud Protegida

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede utilizar y divulgar información de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de Mountain View Pediatrics para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Mountain View Pediatrics se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a Oficial de la Privacidad de Mountain View Pediatrics a la 77 W. Forest Ave Ste 205, Flagstaff, AZ 86001.

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, Mountain View Pediatrics puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de pedirle a Mountain View Pediatrics que limiten cómo utilizan o divulgan mis PHI para Nombre de la Oficina desempeñar sus TPO. Sin embargo, la oficina no está obligada a asentir a mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Mountain View Pediatrics utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Mountain View Pediatrics se niegue a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián Legal
en letras de imprenta