

Consent to Communicate

HIPAA Privacy Acknowledgement



Printed Name: _____ Date of Birth: _____

This form allows you to name a person (such as your spouse, partner, other family member or friend) to communicate on your behalf with Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital. This is NOT for access to your medical records. This form, when signed, allows Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital to communicate with the authorized person(s) regarding your personal information concerning insurance, benefits, payments, treatment or other healthcare information regarding your care.

I hereby give my consent for Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital to communicate personal information on my behalf to the authorized person(s) named below. This authorization allows Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital to speak with the authorized individual(s) regarding the following: treatment, insurance claims, copays, or other aspects of care. I understand that this is limited to verbal and telephone conversations and does not permit or authorize the release of any written health information to any of the individuals named. I understand that it is my responsibility to let Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital know of any changes or to revoke this authorization. I may revoke this authorization at any time in writing to Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital. This authorization remains in effect for an unlimited amount of time unless revoked or updated. Any updated signed communication forms will supersede and replace all prior communication forms.

Person(s) authorized to speak with Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital:

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND CODE OF CONDUCT - PATIENT ACKNOWLEDGEMENT

I hereby acknowledge that I have read and/or received a copy of Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital NOTICE OF PRIVACY PRACTICES and CODE OF CONDUCT.

Signature: _____ Date: _____

Relationship of representative (if applicable): _____

Consentimiento para comunicar



Reconocimiento de privacidad HIPAA

Imprima su nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Este formulario le permite designar a una persona (como su conyuge, pareja, otro miembro de la familia o amigo) para comunicarse en su nombre con Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital. Esto NO es para el acceso a sus registros médicos. Este formulario, una vez firmado, permite a Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital comunicarse con la(s) persona(s) autorizada(s) con respecto a su información personal relativa a seguros, beneficios, pagos, tratamiento u otra información de atención médica con respecto a su cuidado.

Doy mi consentimiento para que Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital comunique información personal en mi nombre a las personas autorizadas que se mencionan a continuación. Esta autorización permite a Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital hablar con la(s) persona (s) autorizada (s) con respecto a lo siguiente: tratamiento, reclamos de seguro, copagos, u otros aspectos de la atención. Entiendo que esto se limita a conversaciones verbales y telefónicas y no permite ni autoriza la divulgación de ninguna información de salud por escrito a ninguna de las personas nombradas. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital de cualquier cambio o revocar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital. Esta autorización permanece vigente por un tiempo ilimitado a menos que sea revocada o actualizada. Cualquier formulario de comunicación firmado actualizado reemplazará todos los formularios de comunicación anteriores.

Persona(s) autorizada(s) para hablar con Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CÓDIGO DE CONDUCTA - RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Por la presente reconozco que he leído y / o recibido una copia de Sunflower OB/GYN at William Newton Hospital AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CÓDIGO DE CONDUCTA.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación del representante (si procede): _____