

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 William Newton Surgery & Specialties. Esto NO es para el acceso a sus registros médicos. Este formulario, una vez firmado, permite a William Newton Surgery & Specialties 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 William Newton Surgery & Specialties comunique información personal en mi nombre a las personas autorizadas que se mencionan a continuación. Esta autorización permite a William Newton Surgery & Specialties 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 William Newton Surgery & Specialties de cualquier cambio o revocar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a William Newton Surgery & Specialties. 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 William Newton Surgery & Specialties:

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 William Newton Cirugía y Especialidades AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CÓDIGO DE CONDUCTA.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación del representante (si procede): _____