**Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad**

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nielsen Chiropractic Health Center está solicitando \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (imprimir el nombre del paciente) para dar su consentimiento para divulgar información confidencial de atención medica a;

● Seguro, empleador, escuela, abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● Miembros de la familia y/o contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con el propósito de la atención al paciente y la facturación de la atención al paciente cuando se proporciona el tratamiento de atención médica necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica, para las operaciones de atención médica o para determinar la elegibilidad para el empleo.

**CONDICIONES:**

* El paciente tiene derecho a solicitar que esta instalación mantenga su información de atención médica como confidencial.
* El paciente tiene derecho a revisar la política de la instalación con respecto al uso de información confidencial de atención médica del paciente sin el consentimiento del paciente.
* Esta instalación se reserva el derecho de honrar o desestimar la solicitud del paciente para limitar el uso de la información de atención médica del paciente.
* Si esta instalación acepta las restricciones del paciente para proporcionar información confidencial de atención médica, la solicitud será mantenida por esta instalación.
* El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. La revocación de este consentimiento debe hacerse por escrito, firmada y fechada.
* Este consentimiento es entre Nielsen Chiropractic Health Center y el paciente mencionado anteriormente**.** Ninguna otra persona o organización tiene permiso para obtener la información confidencial de atención médica del paciente bajo este consentimiento.
* Este formulario de consentimiento se almacenará en esta instalación.

**Recordatorios de citas de texto para pacientes**

Esta es una cortesía para ayudarle a recordar. Si el servicio celular o Internet están caídos, es posible que el recordatorio no se vaya. Si no se presenta a su cita sin llamar para cancelar o reprogramar dentro de las 2 horas anteriores a la hora de su cita, estará sujeto a un cargo que puede ser de hasta un cargo por llamada de oficina. Tenga en cuenta que hay muchas personas que sufren y es posible que se les haya negado una cita debido a un horario completo. Si no llama para cancelar, entonces no podemos ofrecer ese lugar a otra persona. Por favor, sea cortés y háganos saber si no va a hacerlo.

He leído las declaraciones anteriores y asumo la responsabilidad de mis citas programadas. Marque una de las casillas a continuación que corresponda.

* Antes de mi cita, me gustaría recibir un mensaje de texto (seleccione una caja):

🞎 4 horas 🞎 el día anterior (Cricket y Pioneer se hacen el día anterior)

Proveedor de servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tele Cellular #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Me gustaría recibir correos electrónicos antes de mis citas. Me gustaría recibir un correo electrónico (seleccione una caja):

🞎 4 horas 🞎 el día anterior Mi dirección de correo electrónico es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* NO me gustaría recibir recordatorios de mensajes de texto para mis citas y las recordaré por mi cuenta.

**HE LEÍDO ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENTIENDO LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EL CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN Y LOS RECORDATORIOS DE CITAS.**

**Firma del paciente: \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante de la instalación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_