FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA
HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Columbus Ortho Clinic			
Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre (MI)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clinics

_____ (**iniciales del paciente/representante**) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Divulgaciones a amigos o miembros de la familia / Disclosures to Friends and/or Family Members

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.

Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica / Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica / Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuvo el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

Importante: *Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.*

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA
HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

Columbus Ortho Clinic			
Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre (MI)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Divulgación de información / Release of Information

Por la presente, autorizo que el consultorio/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente/representante:/ Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

Recoger pedidos de medicamentos recetados. Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o un familiar recojan un pedido de medicamentos recetados (receta) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

- ***Quiero*** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:

NOMBRE / NAME	Vínculo con el paciente / Relationship to Patient

- ***No quiero*** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.