



Reconocimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)/Consentimiento para usar y divulgar información de salud relacionada con tratamientos, pagos u otras operaciones de atención de la salud.

Comprendo que como parte de mi atención de la salud, Urology San Antonio crea y mantiene expedientes médicos con mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y todo plan de atención médica o tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para planear mi atención y tratamiento
Medio de comunicación entre los diferentes profesionales de salud involucrados en mi atención
Fuente de información para detallar mi diagnóstico e información quirúrgica en la factura médica
Medio por el que un tercer pagador puede comprobar si los servicios facturados efectivamente se suministraron
Herramienta para las operaciones rutinarias de la atención médica, por ejemplo, evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de atención médica

Entiendo y he recibido el Aviso de prácticas de privacidad con una descripción más completa sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida. Entiendo que tengo el derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este reconocimiento. Entiendo que Urology San Antonio se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y de incluir nuevas cláusulas efectivas para toda la información de salud protegida mantenida por Urology San Antonio.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida podría ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud y que no es necesario que Urology San Antonio esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. Urology San Antonio no usará ni divulgará ninguna información de salud sin su autorización, salvo por lo estipulado en el Aviso de prácticas de privacidad.

Los expedientes de Urology San Antonio pueden contener información creada por otra entidad distinta de Urology San Antonio. Urology San Antonio no se hace responsable de esos contenidos (en cuanto a precisión, integridad, relevancia, legibilidad o carencias de esos expedientes incorporados). El paciente solicita expresamente la divulgación de todos los expedientes mantenidos por Urology San Antonio relacionados con el paciente, incluidos los expedientes incorporados. El paciente reconoce que Urology San Antonio no tiene ni asume obligación con el paciente respecto al contenido u omisiones de esos expedientes incorporados.

X Firma del paciente o del representante legal

X Fecha de firma por el paciente o representante legal

Firma del testigo de Urology San Antonio

Fecha de firma por el testigo de Urology San Antonio

Urology San Antonio no pudo conseguir el reconocimiento o consentimiento debido a:

- Estado de confusión o desorientación del paciente
La discapacidad del paciente requiere educación o interpretación adicional externa por parte de otra entidad distinta de Urology San Antonio
El paciente recibió el paquete de reconocimiento/consentimiento, solicitó llevarse a su casa para leerlo, firmarlo y después entregarlo a Urology San Antonio
Restricciones del paciente

3 de marzo de 2003
Fecha efectiva del Aviso de prácticas de privacidad

SÓLO PARA EL USO DE UROLOGY SAN ANTONIO:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: No. de cuenta del paciente:
(Impreso)

Ingresado al sistema EMR: Recepción/CMEDS por: Oficina interna/Modelo HIPAA por: