



Aviso de prácticas de privacidad Reconocimiento y Consentimiento

NOMBRE	FECHA	FECHA DE NACIMIENTO
---------------	--------------	----------------------------

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO	<p>Entiendo que, en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en que el tratamiento directamente e indirectamente. • Obtener el pago de los terceros pagadores. • Llevar a cabo operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. <p>He tenido la oportunidad de entender su <i>Aviso de Prácticas de Privacidad</i> que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este <i>Aviso de Prácticas de Privacidad</i> de vez en cuando y que pueda ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la siguiente dirección para obtener una copia actualizada del <i>Aviso de prácticas de privacidad</i>.</p> <p>Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.</p>
Firma	Relación con el paciente

USO DE LA OFICINA	I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this <i>Notice of Privacy Practices Acknowledgement</i> , but was unable to do so as documented below:	
DATE	INITIALS	REASON

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	<p>Los pacientes mayores de 18 años deben completar el siguiente:</p> <p>Por este medio autorizo Tidewater Physicians Multispecialty Group, PC, (TPMG) para usar o revelar lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Todo Salud Protegida <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Mi información de salud protegida puede ser revelada a: _____ (Enumere todos los nombres)</p> <p>Esta información protegida de la salud se está utilizando o divulgarse para brindarle atención médica.</p> <p>Esta autorización estará vigente y efectiva hasta que:</p> <p><input type="checkbox"/> Ingrese la fecha de caducidad: _____</p> <p>Entiendo que, como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad de TPMG, tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a: Sibby Wilson, Tidewater Physicians Multispecialty Group, PC, 860 Omni Boulevard, Suite 401, Newport News, VA 23606</p> <p>Yo entiendo que tengo el derecho de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y copiar mi información protegida de salud para ser utilizado o divulgado según lo permitido por las leyes federales (o Ley de Virginia). • Negarse a firmar esta autorización.
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL	FECHA