

HIPAA/ Liberación de Información

- La información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) puede divulgarse o usarse para tratamientos, pagos o operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- El paciente tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede requerir la ejecución de este consentimiento para recibir tratamiento.

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SÍ NO
 ¿Podemos discutir su condición médica con cualquier otro miembro de su familia? SÍ NO

Por la presente, autorizo a las siguientes personas que se indican a continuación para tener acceso completo a mi información médica y para recibir los resultados en mi nombre de Rancho Paseo Medical Group y, además, autorizo esta divulgación después de recibir respuestas a preguntas relacionadas con mis derechos de privacidad.

nombres de personas autorizadas para acceder a mis registros médicos y/o traerme para atención y citas:

nombre de la persona	relación con el paciente	fecha de nac.	nº de teléfono
----------------------	--------------------------	---------------	----------------

Asignación de Beneficios

Por la presente, autorizo que el pago de los beneficios se realice directamente a Rancho Paseo Medical Group por los servicios que me brinda Rancho Paseo Medical Group. Entiendo que soy financieramente responsable ante Rancho Paseo Medical Group por los cargos no cubiertos por esta asignación. Autorizo el reembolso de los beneficios de seguros pagados en exceso siempre que mis coberturas estén sujetas a la coordinación de beneficios. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de la cobranza, incluidos los honorarios razonables de los abogados. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito por el abajo firmante.

He leído y entiendo completamente toda la información anterior y por la presente acepto cumplir con lo descrito.

 nombre del Paciente
 (Por favor, escriba en letras.)

 nombre de la Parte Responsable
 (si es diferente del nombre del paciente)
 (Por favor, escriba en letras.)

 firma del Paciente y/o Parte Responsable

____/____/____
 fecha

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, seleccione su relación legal con el paciente:

- Padre Tutor Cónyuge Representante Parte Financieramente Responsable