

GASTROINTESTINAL HEALTHCARE

Improving Your Health From The Inside Out.

2011 Falls Valley Drive, Suite 106, Raleigh, NC 27615

Phone: 919-870-1311

Fax: 919-881-0822

www.giraleigh.com

HIPAA Formulario

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**** ¿Podemos dejar su información médica en su correo de voz? • Sí • No**

**** Nombre de la farmacia del paciente:** _____

**** Nombre del contacto de emergencia del paciente y número de teléfono:** _____

**** ¿HIPAA aprobado? • Sí • No**

Reconozco que una copia de la Política de derechos del paciente y Responsabilidades del paciente y el Aviso de políticas de privacidad, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) se publican de manera visible en las instalaciones y están disponibles en www.giraleigh.com. Una copia en papel será proporcionada a petición.

Repase en que sin su autorización por escrito, no podemos hablar de su caso, tratamiento o su pre - y post - procedimiento instrucciones de cuidado con nadie más que a ti mismo. Necesitamos autorización expresa por escrito de usted con el fin de ser capaz de hacerlo. Por favor, indique a continuación con quién podemos hablar sobre su atención médica.

Por la presente autorizo GastroIntestinal Healthcare (GIH) a proporcionar toda la información necesaria a las partes apropiadas, tales como compañías de seguros, médicos y abogados en relación con los tratamientos prestados.

Los registros médicos pueden ser revelados a los siguientes médicos:

Por favor anote cualquier partes adicionales (por ejemplo, cónyuge, hijos, pareja o persona responsable de la prestación de atención a usted) a quien la información, tales como las instrucciones postoperatorias, puede ser divulgada por GIH:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

Si desea autorizar a otra persona que no sea usted para GIH para hablar con respecto a sus cuentas médicas/ responsabilidad financiera, por favor proporcione la autorización para que hablemos con ellos respecto a su cuenta:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

Fecha de expiración de la autorización: Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma que sea revocado o cancelado por el paciente o el representante del paciente.

Derecho de terminar o revocar la autorización: Usted puede revocar o cancelar esta autorización mediante la presentación de una revocación por escrito a GastroIntestinal Healthcare. Usted debe contactar a la privacidad / Oficial de Cumplimiento para terminar esta autorización.

Potencial para la re-divulgación: La información que se expone en esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. La privacidad de esta información no puede estar protegidas por regulaciones federales de privacidad.

No hay condiciones sobre el tratamiento o el pago: GIH no condicionarán la prestación de tratamiento o el pago de la prestación de esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

(en letra de imprenta)

Firma del Paciente: _____ **Fecha de la firma:** _____

Firma del Representante del Paciente: _____ **Relación:** _____