



Usted puede recibir una cuenta de un laboratorio si algunas pruebas o exámenes se envían o se conducen fuera de esta oficina. Aconséjese por favor que cualquier honorario del laboratorio y o las cuentas que usted pueda recibir es su responsabilidad.

Si su seguro no cubre pruebas de laboratorio particulares, exámenes, o requieren que usted utilice un laboratorio específico para tales procedimientos, es su responsabilidad de informar a esta oficina. Por favor contacte su portador de seguro si usted no sabe qué es cubierta por su política.

Firme por favor abajo para reconocer el recibo de este aviso.

▶
▶

NOMBRE DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO

▶
▶

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD) FECHA

Reconocimiento de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

PUEDA NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN. AL NEGARSE, SUS RECLAMACIONES DE SEGUROS **NO SERÁN PROCESADOS**.

▶

FECHA DE RECIBO

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso actualmente vigente sobre prácticas de privacidad de este centro de salud. Una copia firmada de este documento con fecha debe ser tan efectivo como el original. MI FIRMA TAMBIÉN SIRVE COMO IPS DOCUMENTO DE LIBERACIÓN SI DEBO SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SEAN ENVIADAS A OTROS QUE ASISTEN A DOCTORES / INSTALACIONES EN EL FUTURO.

▶
▶

POR FAVOR ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR)

▶
▶

REPRESENTANTE LEGAL DESCRIPCIÓN DE AUTORIDAD

▶

SUS COMENTARIOS QUE ATañEN AGRADECIMIENTOS O CONSENTIMIENTOS

Apruebo ser contactado acerca de los servicios especiales, eventos, fondo de los esfuerzos que crían o nueva información médica en nombre de este centro de salud a través de:

- Teléfono
 Mensaje de Texto
 Mensaje de Correo Electrónico
 Cualquiera de las Anteriores
 Ninguna de las Anteriores (No Aplicación)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza a que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su salud mejorada. Esta oficina puede o no recibir remuneración tercera parte de estas empresas filiales. Nosotros, en las actuales Omnibus Regla HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.